ADINA DUMITRACHE RUXANDRA MORARU
LOREDANA DUMITRAȘCU

ȘTIINȚE COMPORTAMENTALE

Note de curs

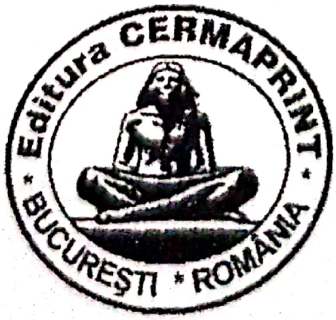
Editura CERMAPRINT
BUCUREȘTI • ROMÂNIA

Scanned with OKEN Scanner

Adina Dumitrache Ruxandra Moraru
Loredana Dumitrașcu

ȘTIINȚE COMPORTAMENTALE

Note de curs



Scanned with OKEN Scanner

Adina Dumitrache
Asistent universitar, Catedra de Sănătate Orală și Științe Comportamentale
U.M.F. Carol Davila, București
Medic primar stomatologie generală

Ruxandra Moraru
Șef Lucrări, Catedra de Sănătate Orală și Științe Comportamentale
U.M.F. Carol Davila, București
Medic primar stomatologie generală

Loredana Dumitrașcu
Preparator universitar, Catedra de Sănătate Orală și Științe Comportamentale
U.M.F. Carol Davila, București
Medic stomatolog

© 2005 *Toate drepturile asupra acestui volum sunt rezervate Editurii CERMAPRINT*

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
DUMITRACHE, ADINA
Științe comportamentale: note de curs / Adina Dumitrache, Ruxandra Morar, Loredana Dumitrascu. – Bucuresti: Cermaprint, 2006
Bibliogr.
ISBN 973-7667-13-1

I. Morar, Ruxandra
II. Dumitrascu, Loredana

616.31:159.9

Consilier editorial: **Dr. Ion Maftei**
Tehnoredactare computerizată: **Eliana Călin**

ISBN 973-87013-6-8

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

1. INTRODUCERE 5
1.1. Modele de abordare a sănătății și bolii 6
1.2. Contextul social 8

2. PERSONALITATE ȘI COMPORTAMENT 10
2.1. Dezvoltarea umană 10
2.2. Abordări ale personalității 11
2.3. Niveluri ale personalității 12
2.4. Teoriile psihodinamice 12
2.5. Comportamentul și teoriile învățării 16
2.6. Tipurile umane și trăsăturile de personalitate 27
2.7. Motivația umană 39
2.8. Fundamentul cultural al personalității 48

3. RELAȚIA MEDIC – PACIENT 59
3.1. Tipuri de relații medic-pacient 60
3.2. Comunicarea în relația medic – pacient 70
3.3. Tehnici terapeutice de comunicare 89
3.4. Cauze ale comunicării defectuoase dintre medic și pacient 97

Scanned with OKEN Scanner

3.5. Particularitățile comunicării medic-pacient în tratamentul pedodontic 102
3.6. Empatia în relația medic-pacient 106
3.7. Anxietatea în cabinetul dentar 112

4. SCHIMBAREA ATITUDINILOR ȘI COMPORTAMENTELOR FAȚĂ DE SĂNĂTATEA ORALĂ 123
4.1. Strategii și metode ale schimbării atitudinale 123
4.2. Convertirea atitudinii în comportament 127
4.3. Teorii și modele ale schimbării comportamentului față de sănătate 128
4.4. Modele de comportament sanogen individual 182
4.5. Modele multilaterale – metamodele 185

5. CONCLUZII 190

BIBLIOGRAFIE 191

Scanned with OKEN Scanner

1. INTRODUCERE

Sănătatea este acea stare a organismului în care capacitățile individuale sunt optime, iar omul își poate îndeplini toate rolurile sale sociale. Sănătatea are o determinare multifactorială și poate fi abordată din mai multe perspective. Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) din anul 1947, sănătatea este „starea completă de bunăstare fizică, mentală și socială și nu numai absența bolii și a infirmității", iar deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă o persoană este unul din drepturile fundamentale ale omului. Sănătatea este privită atât individual cât și colectiv, ca o trebuință, dar și ca un drept, ca un scop, dar și ca un obiectiv politic ce trebuie realizat de către stat, sănătatea fiind o componentă indispensabilă a dezvoltării sociale. Starea de sănătate a fost redefinită în 1984 ca fiind „măsura în care o persoană sau un grup sunt capabile să își satisfacă nevoile de bază, dar și modul în care sunt capabile să se transforme pentru a se adapta la mediul ambiant".

Sănătatea include așadar mai mult decât funcționarea fără piedici a organismului, cuprinzând și aspectele mental-emoționale, intelectuale și sociale, precum și valorile spirituale. Starea de sănătate presupune deci mai multe dimensiuni care, luate împreună, constituie bunastarea în ansamblu. De notat este însă faptul că noțiunile de

Scanned with OKEN Scanner

sănătate și boala, ca și cele de normal-patologic, sunt supuse unor determinanți socio-culturali, având un caracter relativ.

1.1. Modele de abordare a sănătății și bolii

Modelul biomedical al bolii, întâlnit în majoritatea cazurilor, este caracterizat de concentrarea efortului medicilor asupra aspectelor biologice ale bolilor fizice. Aceasta exclude posibilitatea de a analiza variațiile care apar în modul în care se simt indivizii și în modul cum experimentează ei boala. Acest model susține că variabilele psihologice și sociale au o importanță secundară în evoluția bolii și în tratamentul acesteia, iar medicina umanistică (exprimată prin grija și înțelegerea față de pacienți) este o parte importantă, dar intuitivă, care vine de la sine, medicii nefiind obligați să reflecteze la ea sau să o studieze.

O cercetare făcută de Barsky în America, în 1988, a raportat însă o situație paradoxală a stării de sănătate a populației. El apreciază că, deși există numeroase îmbunătățiri ale stării de sănătate clinică a populației, cu creșterea speranței de viață și declinul ratei mortalității, indivizii raportează rate mai mari de dizabilitate, de simptome neplăcute și o insatisfacție generală crescută față de sănătatea lor. Această situație poate fi asociată succesului medicinei în menținerea în viață a persoanelor cu afectiuni cronice, în paralel cu o toleranță mai scăzută față de anumite senzatii inconfortabile, ca de exemplu durerea de spate, asociate mai frecvent cu starea de boală și definite ca probleme de sănătate ce necesită tratament medical. Această tendință de exagerare a

Scanned with OKEN Scanner

simptomelor fizice minore sau de exprimare a emoțiilor prin senzații fizice neplăcute este un fenomen des întâlnit în societatea de azi.

Modelul biomedical de evaluare și tratament a fost înlocuit așadar de **modelul biopsihosocial**, care consideră că predispoziția și evoluția majorității bolilor, fie ele fizice sau psihice, sunt determinate și influențate în egală masură de factori biologici, psihologici și sociali. Medicii care sunt capabili să evalueze influența pe care o au acești factori asupra stării de sănătate și de boală a pacienților vor fi capabili să realizeze intervenții terapeutice mai eficiente și să obțină rezultate mai bune.

Și în medicina dentară a fost nevoie de o redefinire a conceptului de sănătate. Dacă în mod tradițional, sănătatea orală era definită clinic, prin intermediul indicilor dentari (care măsurau prezența sau absența bolii), astăzi se cunosc implicațiile psiho-sociale ale afecțiunilor odonto-parodontale și orale, vorbindu-se chiar de calitatea vieții asociată stării de sănătate orală. Pentru a evalua și rezolva problemele medicale într-un mod adecvat, medicii trebuie să fie capabili să stabilească și să mențină relații terapeutice cu pacienții, să înțeleagă tipurile de personalitate și să interpreteze corect reacțiile acestora în cabinet.

Științele comportamentale în medicina dentară reprezintă demersul de a înțelege și explica comportamentul oamenilor în relație cu starea lor de sănătate orală (G. Humphris și M. S. Ling, 2000). Științele comportamentale facilitează înțelegerea diferitelor teorii despre funcțiile psihice umane și despre relațiile interpersonale și sociale. Ele examinează impactul pe care îl are comportamentul uman asupra sănătății și dezvoltă cunoștințele despre aspectele sociale ale practicii dentare. De asemenea, urmăresc să dezvolte capacitatea de

Scanned with OKEN Scanner

înțelegere a principiilor fundamentale și complexitatea interacțiunilor dintre medic și pacient și capacitatea de comunicare cu colegii/pacientul.

„Complianța terapeutică" este termenul folosit de cei mai mulți dintre medici pentru a descrie comportamentul pacientului care respectă recomandările stabilite de medic, măsura în care practicianul reușește să obțină participarea activă a pacientului în practicarea procedurilor profilactice. Aceasta presupune însă existența unei legături reale între cei doi. Conceptul cheie al relației medic-pacient este comunicarea, astfel încât să se ajungă la un consens în ceea ce privește planul de tratament. Pentru ca terapia stomatologică să devină un succes, profesioniștii dentari trebuie să înțeleagă și să fie capabili să schimbe comportamentul pacientului, folosind mijloacele de comunicare potrivite.

Donald W. Winnicott consideră că, în medicina modernă, s-a realizat trecerea de la conceptul de „a trata" la cel de „a îngriji" („to cure" – „to care"). Astfel, interesul pentru științele comportamentale a crescut în special în rândul medicilor preocupați de a îngriji bolnavii, de a le oferi starea de bine din punct de vedere fizic, psihic, social și nu doar de a înlătura boala sau infirmitatea, așa cum prevede Constituția OMS.

1.2. Contextul social

Secolul trecut a înregistrat modificări importante în gândirea teoretică, în știință, filosofie și în științele socio-umane, în mare parte datorită tehnologiei informației și sistemului mass-media, care facilitează dialogul între culturi și acceptarea unor noi valori. În cea de-a

Scanned with OKEN Scanner

doua parte a secolului al XX-lea se realizează trecerea la civilizația postindustrială, la societatea informațională și la cultura postmodernă.

Societatea actuală este una de consum, în care orice acțiune este orientată spre rezultatul imediat și centrată pe client. Schimbări extrem de rapide iau locul tradiției, devenind principala realitate și intensificând ritmul în orice domeniu al existenței, medicina dentară nefăcând excepție. Locurile, obiectele, oamenii, instituțiile și chiar informația trec rapid prin viață, relația dintre medic și pacient având suferind astfel transformări pe care practicianul nu poate să le ignore.

Revoluția științifică și tehnică este cauza vitezei cu care intervin schimbările. Acestea au răsunet și în medicina dentară, atât din punct de vedere al tehnicilor, tehnologiilor și materialelor folosite, dar și din cel al cerințelor pacienților, considerați din anumite perspective clienți. Dezvoltarea tehnologică permite acum, de exemplu, reabilitarea întregii arcade folosind implanturile dentare, fără ca pacientul să simtă vreo diferență între acestea și dinții naturali. Succesul practicii dentare nu ține însa numai de posibilitățile tehnologice, de cunoștințele de specialitate sau de îndemânarea medicului, ci și de atitudinile și comportamentul pacienților și de relația care se stabilește între aceștia și practicienii artei dentare. Pentru aceasta, medicul dentist are nevoie de cunoștințe și tehnici care nu aparțin stomatologiei, ci psihologiei și psihologiei sociale și sociologiei. Stomatologul este un agent al schimbării și de aceea este necesar ca, încă de la începutul facultății, studenții să își înțeleagă rolul și să își mărească flexibilitatea acțiunilor ca viitori medici și educatori.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

2. PERSONALITATE ȘI COMPORTAMENT

2.1. Dezvoltarea umană

Studiul dezvoltarii umane focalizează asupra modului în care omul se schimbă odată cu trecerea anilor. „Fiecare secvență a dezvoltării trebuie privită concomitent ca rezultantă a etapelor anterioare și ca premiză a celor viitoare" (I. Radu, 1991). Perioada privită cu cel mai mare interes este perioada formativă, adică dezvoltarea din momentul concepției la prima copilărie și până la adolescență.

Există trei teorii care au influențat în mod deosebit studiul dezvoltării umane: psihanalitică, a învățării și cea cognitivă. Fiecare teorie pune accentul pe alt aspect al dezvoltării și interpretează situațiile de viață în mod diferit. De exemplu, teoria psihanalitică susține că suntem în general conduși de forțe inconștiente ale minții; aproape tot comportamentul, de la cele mai semnificative fapte la cele mai pasagere gânduri sunt, într-un fel sau altul, expresii ale pulsiunilor și conflictelor emoționale ascunse conștiinței noastre. Teoria învățării afirmă că întregul comportament este rezultatul unor răspunsuri învățate la diverse tipuri de situații. Teoria cognitivă manifestă interes pentru modul în care gândirea conștientă a indivizilor și măsura în care se înțeleg pe ei înșiși, precum și pe cei din jur, le afectează comportamentul.

Compararea teoriilor. Deși au contribuit în egală măsură la înțelegerea dezvoltării, nici una dintre cele trei teorii nu reușește să descrie complexitatea și diversitatea experienței umane. De aceea, cei mai mulți cercetători privesc dezvoltarea dintr-o perspectivă eclectică, incluzând idei care provin de la mai multe teorii. Scopul final este integrarea teoriilor, cercetărilor și experimentelor în tabloul dezvoltarii umane.

2.2. Abordări ale personalității

Personalitatea reprezintă individualitatea psihologică și comportamentală a omului, totalitatea aspectelor fizice, mentale și sociale ale unei persoane. Personalitatea include astfel și atitudinile, sentimentele și caracteristicile mentale ale individului.

În considerarea omului și a însușirilor sale, trebuie să se țină seama de corelația dintre general, tipic și singular. Astfel, omul este ca toți ceilalți oameni. Însușirile și sistemul general uman de personalitate sunt proprii tuturor oamenilor, din toate locurile și timpurile, din toate societățile și culturile (de exemplu, calitatea de ființă socială). În același timp însă, omul este asemănător numai anumitor oameni, unele persoane putând fi grupate după însușiri fizice sau psihice comune (de exemplu valori, atitudini, concepții care s-au format într-o anumită societate). În al treilea rând, omul este o ființă diferită de orice alt om. Unele caracteristici aparțin exclusiv individului (de exemplu, fiecare om are o zestre genetică proprie și un anumit mod de a se dezvolta).

Scanned with OKEN Scanner

2.3. Niveluri ale personalității

Personalitatea umană este o combinație între structurile organice și o sinteză a diverselor funcții pe care acestea le îndeplinesc. Personalitatea este structurată pe trei niveluri: **organic,** de bază, care corespunde proceselor vitale precum respirația, circulația, digestia, contracția musculară și reproducerea; **funcțional** (comportamentul reflex și condiționarea, emoțiile pozitive și negative) și **psihologic** (rezultat al integrării și sistematizării numeroaselor impulsuri venite pe calea organelor de simț, reprezentat de funcții superioare corticale ca memoria, imaginația, creativitatea). Această activitate corticală coordonează atât aspectele fizice, cât și psihicul uman și este determinantul major al personalității.

Personalitatea umană poate fi privită și analizată din perspectivele psihodinamică, a tipurilor umane și trăsăturilor de personalitate, a behaviorismului și a abordărilor fenomenologice. Vom discuta pe rând aceste teorii, unele având mai degrabă importanță istorică iar altele, precum cele behavioriste și fenomenologice, cu un impact major în practica medicului dentist.

2.4. Teoriile psihodinamice

În Europa anilor 1870, când teoria psihanalitică a început să se contureze, exista concepția că întregul comportament uman este guvernat de rațiune. Ca reacție la această idee, un grup de intelectuali a dezvoltat o explicație a comportamentului uman care sublinia forța

Scanned with OKEN Scanner

coordonatoare a sentimentelor și poziția subordonată a rațiunii. Sigmund Freud, fondatorul psihanalizei, a dezvoltat o teorie centrată pe bazele iraționale ale comportamentului uman, pe conținutul emoțional ascuns al acțiunilor zilnice și pe felul în care individul este condus de impulsuri sexuale și agresive foarte puternice, dar și de teama de ele.

Pentru a explica dinamica dezvoltării psihologice a individului, Freud a propus trei componente teoretice ale personalității: sinele, eul și supraeul. **Sinele** este sursa impulsurilor inconștiente care tind spre satisfacerea imediată a nevoilor și acționează confirm principiului plăcerii. În personalitatea copilului care plânge de foame în mijlocul nopții nu există decat „sine". Treptat, copilul învață că și ceilalți au nevoi proprii și că uneori trebuie să aștepte, astfel începe să se dezvolte **eul**. Acesta operează în conformitate cu principiul realității: încearcă să satisfacă nevoile sinelui pe căi care vor recunoaște viața așa cum este ea, nu așa cum sinele dorește să fie. În jurul vârstei de 4-5 ani, începe să se dezvolte **supraeul**, odată ce copilul începe să se identifice cu standardele morale ale părinților săi. Supraeul reprezintă conștiința care deosebește binele de rău și reușește să țină sinele sub control.

Freud consideră că dezvoltarea în primii ani de viață se desfășoară în stadii, primul dintre acestea fiind cel oral. De la naștere la un an, alimentația este cea mai stimulantă activitate pentru copil, cavitatea bucală reprezentând sediul senzației de plăcere. Bebelușul duce la gură toate obiectele, atât în scop de recunoaștere, dar și pentru a regăsi o stare de bine. Astfel, conform teoriei freudiene, această primă perioadă influențează în mare măsură structurarea personalității.

Scanned with OKEN Scanner

Tot ceea ce este legat de dinți și gură va avea permanent o puternică valoare simbolică.

Unul dintre elevii lui Freud, Erikson, a propus opt etape de dezvoltare umană, fiecare caracterizată de un anumit conflict care trebuie rezolvat. Aceste etape sunt centrate pe relațiile individului cu mediul său social și nu se opresc odată cu sfârșitul copilăriei, maturitatea având și ea trei etape (Tabelul 1). Erikson a surprins trei aspecte majore în studiul dezvoltării umane: somatic (puterea sau slăbiciunea fizică), personal (istoricul vieții și stadiul de dezvoltare în care a ajuns individul) și social (forțele istorice, sociale și culturale).

Evaluarea teoriilor psihodinamice. Cercetătorii au fost influențați în special de trei mari idei psihanalitice. Prima este teoria etapelor („vârstelor") omului. A doua este preocuparea pentru anumite perioade ale vieții (Freud s-a oprit asupra primilor 5 ani din viață, dar Erikson a demonstrat că și maturitatea conține schimbări). Cea de-a treia idee susține că gândurile și faptele umane nu sunt bazate numai pe rațiune, ci sunt direcționate și de forța impulsurilor, de presiunile și influențele exercitate de părinți și societate.

Teoria psihanalitică însă nu poate fi testată în laborator, în condiții controlate, ceea ce a condus la acuzația că este mai mult mit decât știință și că evaluările ei țin mai mult de subiectiv decât de obiectiv. Unii psihologi găsesc teoria psihanalitică luminată și profundă; alții o consideră un nonsens provocator. Cei mai mulți însă aleg o poziție echilibrată și se situează între aceste două extreme.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1. Etapele dezvoltării umane după Erik Erikson

Vârsta aproximativă	Teoria psihosocială Erik Erikson
0 – 1 an	ÎNCREDERE – NEÎNCREDERE Copilul învață încrederea sau neîncrederea din modul în care ceilalți îi satisfac nevoile de hrană, căldură, curățenie și contact fizic
1 – 3 ani	AUTONOMIE – RUȘINE, ÎNDOIALĂ Copilul învață să se descurce singur în activități ca mersul la toaletă, alimentația, vorbirea, sau începe să aibă îndoieli cu privire la abilitățile lui
3 – 6 ani	INIȚIATIVĂ – VINĂ Copilul începe să-și asume responsabilități asemănătoare adulților, uneori depășind limitele impuse de părinți și simțindu-se vinovat
7 – 11 ani	ABILITATE – INFERIORITATE Copilul învață să fie competent și productiv, sau începe să se simtă inferior și incapabil să facă un lucru bun
Adolescența	IDENTITATE – CONFUZIE DE ROL Adolescentul se întreabă „Cine sunt eu?“ Se stabilește identitatea sexuală, etnică, profesională sau se nasc confuzii cu privire la viitorul rol pe care-l va juca individul în societate
Maturitatea	INTIMITATE – IZOLARE Adultul tânăr dorește compania și dragostea altor persoane sau se izolează de ceilalți oameni
Maturitatea	CREATIVITATE – STAGNARE Adultul este productiv, muncește cu un anumit scop și își întemeiază o familie, sau este inactiv și stagnează
Maturitatea	INTEGRITATE – IROSIRE Omul încearcă să dea sens vieții lui, privind-o ca pe un întreg, sau se irosește în scopuri pe care nu le atinge niciodată și în întrebări fără răspuns

Scanned with OKEN Scanner

2.5. Comportamentul și teoriile învățării

Chiar dacă au avut o largaă audiență în comunitatea științifică, în special în cea europeană, psihologia introspecționistă și psihanaliza au provocat totuși și reacții de respingere. Cea mai puternică a venit din partea lui John Watson, psiholog american care, în 1913, a publicat un articol intitulat „Psihologia în viziunea unui behaviorist". În acest material, el a atacat importanța care era acordată studiului conștiinței și al experienței mentale, conștiința nefiind altceva decât o ipoteză necontrolabilă, inaccesibilă cercetării, neverificabilă. După Watson, dacă psihologia vroia să devină științifică, o știință utilă, deschisă, verificabilă, accesibilă tuturor, trebuia să studieze comportamentul observabil, nu conștiința. Singur comportamentul putând fi studiat în mod obiectiv, această orientare psihologică ea fost numită behaviorism sau psihologia comportamentului.

2.5.1. Comportamentul uman

Comportamenul uman se definește prin totalitatea faptelor, actelor, reacțiilor motorii, verbale și afective prin care o persoană răspunde solicitărilor de ordin fizic sau social ale lumii externe. În psihologia socială, se foloseste drept sistem de referință situația socială în care se află persoana căreia trebuie să-i răspundă prin comportamentul său.

La nivelul persoanei, comportamentul apare ca un traductor de **atitudini**, cele două categorii aflându-se într-un raport de complementaritate: atitudinea este un comportament virtual, iar comportamentul la rândul său, este o atitudine explicită (de fapt este

Scanned with OKEN Scanner

rezultanta configurației totale a atitudinilor, comportamentul exprimând atitudini multiple).

Decizia subiectului de a se comporta într-un anumit mod (în concordanță cu direcția imprimată de o anumită atitudine) exprimă măsura consistenței uneia dintre atitudini și gradul ei de reprezentativitate din acel moment pentru întregul sistem atitudinal.

Desi esențială, atitudinea nu este singura variabilă internă reprezentată în comportament, ci deosebit de importante pentru înțelegerea acestuia sunt și **motivele**, cu rolul lor de suport energetic și **scopurile**, ca modele mentale care prefigurează și orientează anticipat comportamentul. Prin intermediul acestora, comportamentul se află în cea mai strânsă legatură cu conștiința și funcționează sub controlul ei.

Uneori, comportamentul uman se manifestă independent de atitudini și motive interne, datorită prezenței unor factori externi, care obligă individul la comportamente „deviate" de la firul comenzilor interne. Noțiunea de comportament exprimă o realitate psihologică dependentă simultan de lumea externă și de lumea internă, în funcție de modul în care se combină situația, pe de o parte, cu motivele, scopul și atitudinile, pe de altă parte.

Comportamenul nu este un simplu mod de manifestare extern prin reacții și mișcări, ci este un tot unitar și integrat, datorită acțiunii unificatoare pe care o exercită asupra lui conștiința, cu imaginile pe care le deține și cu scopurile ei, imprimând comportamentului o notă personală.

Factorul social își pune amprenta asupra comportamentului uman, concretizându-se în ceea ce numim status-ul și rolul persoanei, reprezentat de poziția pe care o ocupă în interiorul grupurilor și colectivităților din care face parte, din care decurg anumite sarcini, obligații

Scanned with OKEN Scanner

și funcții. Acestea reprezintă un fel de comportamente prescrise, modele pe care societatea le așteapta în mod legitim de la individ. Ocupând o anumită pozitie, individul este îndreptățit să aștepte și să pretindă de la ceilalți anumite comportamente, „jucând" de fapt un anumit rol. Intrarea efectivă în rol și satisfacerea exigențelor statusului social se realizează prin intermediul comportamentului, care poartă amprenta însușirilor psihice subiective ale persoanei.

Dacă reprezentăm persoana ca un sistem dispunând de „intrări" și „ieșiri", variabilele de „intrare" sunt reprezentate de așteptările persoanei legate de statusul ei social, care se transpune în conduită prin punerea în funcțiune a componentelor psihice: trebuințe, motive, interese, atitudini, temperament, iar „ieșirile" sunt reprezentate de comportament, care înseamnă tocmai interpretarea efectivă a rolului. Oamenii își derulează activitatea într-un „spațiu" relațional, interpersonal și de grup, ceea ce face ca dimensiunile comportamentelor lor să se interpesonalizeze și ele, să se afle într-o interdependență și interacțiune permanentă: fiecare persoană influențează comportamentul celor cu care interacționează, fiind la rândul ei influențat de partenerii de interacțiune. Acest fenomen psihosocial poate fi simetric sau asimetric, mai extins sau mai restrâns, oamenii furnizându-și reciproc modele de comportament susceptibile de a fi transferate, prin imitație.

Datorită marii varietăți de situații cu care se confruntă o persoană de-a lungul vieții sale, comportamentul suferă un proces de diferențiere și specializare, în funcție de timp și spațiu, de vârstă, sex, educație, cultură, mediul în care trăiește, de grupul și categoria socială careia îi aparține. În interiorul formei inițiale de comportament, încă nediferențiată, se conturează tipuri și subtipuri comportamentale,

Scanned with OKEN Scanner

care atestă productivitatea psihologică și socială a persoanei și maturizarea ei progresivă și integrarea socio-umană.

Comportamentele pot fi de mai multe tipuri: *profesional*, prin care persoanele se manifestă în cadrul relațiilor de muncă; *economic*, prin care se raportează, în calitate de consumator, la bunurile materiale din societate; *cultural*, prin care se raportează la valorile spirituale din societate și *politic, moral și juridic*, prin care se raportează la structurile politico-juridice și etice ale societății.

2.5.2. Behaviorismul

În opinia lui Watson și a colectivului său, comportamentul este modelat de experiență și de aceea el a acordat importanță mecanismului învățării. Este imposibil să înțelegem comportamentul uman – sau al majorității animalelor – fără să știm ceva despre principiile de bază ale învățării. Cele două atribute de bază ale oamenilor sunt capacitatea lor de a învăța să-și modifice comportamentul pentru a se adapta situațiilor noi și abilitatea de a-și aminti rezultatele experiențelor din trecut. Oamenii au capacitatea de a învăța o vastă cantitate de lucruri, plecând de la cele mai simple comportamente și ajungând până la cele mai complexe abilități, cum este limbajul. Terapia comportamentală presupune că multe comportamente neadecvate sau maldaptative sunt rezultatul unui proces incorect de învățare, terapia cerând modificarea comportamenului prin aplicarea principiilor de bază ale învățării.

Este dificilă definirea cu exactitate a învățării, deoarece nu poate fi niciodată observată direct și poate fi doar dedusă din schimbările vizibile de comportament. Învățarea este o schimbare relativ

Scanned with OKEN Scanner

permanentă în domeniul comportamental, apărând ca rezultat al practicii sustinute.

Considerat de J.Watson noul obiect de studiu al psihologiei, comportamentul este conceput drept ansamblul de răspunsuri date la stimulii care îl declanșeaza. În viziunea behavioristă clasică, întreaga sferă a vieții psihice cuprinde următoarele moduri de organizări comportamentale: **viscerale** (comportamentele prin care se exteriorizează emoțiile: frica, furia, etc.), **motorii** (comportamente posturale, locomotorii) și **laringiene** (comportamente verbale datorită mișcărilor laringelui). Unitatea acestor comportamente dă naștere personalității umane.

Tendința lui Watson a fost accea de a restrânge aria de studiu a psihologiei doar la aspectele exterioare ale universului uman; el credea că observarea și descrierea comportamentului erau suficiente pentru predicția și controlul lui. Fiind o psihologie a faptelor observabile, măsurabile și controlabile a omului în multiplele sale conexiuni cu mediul, behaviorismul watsonian, denumit ulterior clasic, a avut încă de la început un larg ecou în societatea americană, deoarece lega omul de lumea obiectelor și de lumea oamenilor de care este înconjurat, actionând asupra lui în calitate de stimuli. Omul psihologiei bevavioriste este concret, real și determinat în actiunile sale de mediul natural și social în care trăiește, iar psihologia este practică, centrată pe studierea omului în condițiile lui firești de viață, pe anticiparea și controlul comportamenului său.

Behaviorismul are și puncte slabe, el simplificând nepermis de mult omul și viața lui, fiind ignorate procese psihice importante precum conștiința, sentimentele, motivația intrinsecă, voința. Deși criticii au considerat viziunea lui Watson asupra naturii umane drept

Scanned with OKEN Scanner

mecanicistă şi mult prea simplistă, concentrarea sa pe studiul comportamenului observabil i-a permis să formuleze ipoteze clare care puteau să fie testate experimental.

În urma criticilor fomulate, de prin 1930 a început un proces de reformulare, ceea ce a dus la aparitia **neobehaviorismului** care, deşi nu renunţă total la postulatele de bază, aduce modificări menite să amelioreze exagerările initiale. Printre cei mai importanţi reprezentanţi ai neobehaviorismului, Burrhus Skinner a arătat că o „ştiinţă adecvată a comportamentului ar trebui să ţină seama şi de evenimentele care au loc în planul lăuntric al organismului", chiar dacă originea comportamentului ar trebui căutată în mediul fizic şi social şi nu în ideile, sentimentele sau stările de spirit ale indivizilor. De aceea, Skinner acordă o mare importanţă proceselor învăţării (conditionării operante). El susţine faptul că „comportamenul uman are efecte asupra lumii înconjurătoare care, la rândul ei, acţionează asupra organismului, modificând probabilitatea producerii aceluiaşi răspuns" (M. Zlate, 2000).

Sunt discutate trei tipuri principale de învăţare, acestea fiind considerate cele mai simple forme: condiţionarea clasică, condiţionarea operantă şi modelarea. Prin condiţionarea clasică, organismul învaţă o asociere între doi stimuli (S-S), în timp ce în condiţionarea operantă asociaţia învăţată este între un răspuns şi un stimul (R-S). Modelarea este al treilea tip de învăţare, în care subiectul învaţă prin observarea altor persoane. În orice caz, premisa generală a tuturor teoriilor învăţării este aceea că comportamentul poate fi schimbat; diferitele teorii descriu pur şi simplu aceste situaţii în care are loc schimbarea comportamentului.

Scanned with OKEN Scanner

Condiționarea clasică a fost descoperită întâmplator de Ivan Pavlov (1849-1936), un renumit fiziolog care studia fiziologia aparatului digestiv, unele din experimentele sale implicând măsurarea salivației la câini la contactul cu anumite alimente. Pavlov a observat că atunci când le prezenta câinilor alimente sub formă de pulbere apărea răspunsul automat, instinctiv (neânvățat) al salivației. Asociind alimentația cu un alt stimul (vizual sau sonor), Pavlov a observat apariția salivației în absența hranei, doar în prezența stimulilor (lumină sau zgomot). Atunci când salivația era determinată de a doua categorie de stimuli, era numită răspuns condiționat (RC), stimulii normali de secreție (prezentarea hranei) erau numiți stimuli neconditionați (SN), iar răspunsul ce urmează inevitabil acestor stimuli – răspuns necondiționat (RN).

În experimentele clasice ale lui Pavlov, drept stimul condiționat a fost folosit un metronom. După diferite asocieri de stimuli, Pavlov a testat schimbările în comportamentul câinelui și, prezentând doar clicurile metronomului, a măsurat creșterea salivației. În acest fel a demonstrat învățarea, o schimbare de comportament rezultată din manevrele celui ce realiza experimentele.

Răspunsurile emoționale, mai ales teama, pot fi învățate pe calea condiționării clasice. Prima și cea mai importantă demonstrație de acest gen a fost făcută de Watson și Rayner în 1920, cu micutul Albert în vârstă de 9 luni, care a fost condiționat să se teamă de un soricel alb. Pentru a obține răspunsul condiționat, cercetătorii au asociat un șoricelul alb (RC) cu un zgomot puternic (SN). De fiecare dată când băietelul atingea șoricelul, cercetătorii declanșau zgomotul. După doar sșapte repetări, Albert plângea la vederea șoricelului chiar

Scanned with OKEN Scanner

dacă nu era însoțit de zgomot. Astfel, copilul a fost condiționat sau învățat să-i fie frică de șoareci.

Astfel, devine ușor de înțeles de ce copiii care nu sunt suficient de mari pentru a înțelege de ce sunt manipulati impotriva voinței lor de către medici și asistente, plâng de obicei la vederea halatelor albe. Ei au învățat să asocieze instrumentele reci, mirosurile astringente, injectiile și durerea, cu halatul alb. De aceea, multi medici pediatri, pedodonti și personalul acestora nu poartă halate albe, pentru ca cei mici să nu învețe această asociere. Desigur, copiii pot totuși să asocieze instrumentele sau alți stimuli legați de cabinet cu durerea și pot plânge la vederea lor, dar nu și la vederea personalului medical.

Conditionarea operantă (instrumentală) este o procedură în care mediul (cadrul) de desfășurare este aranjat în așa fel încât „întărirea" sau „pedepsirea" să poată fi făcută imediat și conform răspunsului. Probabilitatea de apariție a răspunsului crește sau descrește apoi ca o consecință a comportamentului. Astfel, principala caracteristică a condiționării operante este aceea că un organism acționează asupra mediului exterior pentru a produce un răspuns care îi este folositor în obținerea obiectivelor alese. În acest tip de condiționare, comportamentul subiectului determină rezultatul.

Persoana cea mai preocupată acest gen de învățare a fost psihologul american B.F. Skinner, instrumentul său operațional de condiționare fiind o cutie închisă, numita cutia lui Skinner, în care diferite animale deprivate de apă sau hrană erau condiționate să învețe să actioneze diverse dispozitive, în ședințe graduale, pentru a obține hrană sau apă.

Scanned with OKEN Scanner

Există două tipuri de bază de condiționare operantă, reprezentate de întărirea pozitivă și cea negativă. **Întărirea pozitivă** se referă la prezența unui stimul care mărește probabilitatea apariției răspunsului pe care l-a precedat. Un alt tip de întărire pozitivă este omiterea, absența răspunsului pe o anumită perioadă de timp. De exemplu, un copil obraznic este răsplatit pentru buna purtare dintr-o anumită perioadă, fără a se aminti nimic despre lucrurile rele pe care le-a facut înainte (omiterea comportamentului neadecvat).

Întărirea negativă se referă la eliminarea stimulilor neplăcuți (cei ce provoacă durere sau anxietate), ceea ce crește probabilitatea apariției răspunsului. În condiționarea „de scăpare", un stimul neplăcut este prezent, iar subiectul acționează pentru a-l elimina. De exemplu, într-o cameră cu o temperatură ridicată, trebuie să acționăm aerul condiționat pentru a elimina stimulul neplacut (căldura). Un al doilea tip de condiționare ce implică stimuli neplăcuți este condiționarea „de evitare", în care subiectul produce un răspuns în absența stimulului, pentru a preveni apariția acestuia (purtarea unei haine groase înainte de a ieși afară pe vreme rece).

Pedepsirea este apariția unui stimul neplăcut sau eliminarea unuia pozitiv ca o consecință a unui raspuns. Pedeapsa este definită după efectul pe care îl produce asupra comportamentului. De exemplu, certarea unui copil ce poate fi clasificată de unii părinți drept o pedeapsă, însă nu poate duce la o schimbare a comportamentului, pentru că acel copil primește atenție, și poate reprezenta o întărire pozitivă. De asemenea, dacă pedepsirea este folosită la copii, aceștia pot deveni fricoși și inhibați.

Scanned with OKEN Scanner

Deși pedepsirea ar trebui să învețe oamenii ceea ce fac greșit, nu le arată ce ar trebui să facă. Folosirea pedepsei ar trebui însoțită de întărirea pozitivă a comportamentelor adaptative alternative.

Întărirea se referă la un proces de accentuare, prin care probabilitatea de apariție a răspunsului în prezența unor stimuli crește. Aceasta face parte din legea efectului a lui Thorndike, care poate fi rezumată astfel: premiile tind să crească eventualitatea emiterii unui raspuns, iar pedepsele tind să o descrească. Legea lui Thorndike descrie doar dependența între comportament și consecințele sale.

Modelarea este ultima dintre cele trei tipuri principale de învățare. Este în primul rând învățarea prin observare și este foarte importantă mai ales pentru copii. În acest caz, învățarea se face fără premii sau pedepse; modelarea comportamentului se face prin observarea unui model comportamental.

Modelarea este un proces complex care implică multiple proceduri. Prin observarea unui model, o persoană poate să înțeleagă (să prindă) un întreg prototip de răspunsuri și în acelasi timp și părțile componente ale acestora. În plus, după observare, persoana poate pune întrebări modelului și apare feedback-ul. Modelul poate facilita noi comportamente prin „hrănirea" acestora. Tehnicile modelării au fost folosite extensiv în tratamentul tulburărilor de tip fobic, eficiența fiind studiată în reducerea fricii excesive de tratamentul dentar.

Principiile învățării sunt importante în administrarea problemelor legate de stilul de viață, cum ar fi fumatul excesiv, obezitatea și consumul de alcool. Riscurile pentru sănatate asociate cu excesele sunt imense și pot fi reduse considerabil prin utilizarea principiilor de

Scanned with OKEN Scanner

învățare, care îl ajută pe pacient să-și schimbe stilul de viață. Psihologia behavioristă a dezvoltat unele tehnici terapeutice, bazate pe procesele de condiționare, cunoscute sub numele de modificare a comportamentului și de terapie comportamentală.

Modificarea comportamentului este o tehnică folosită pentru a schimba sau înlătura un comportament nedorit. Pornind de la principiul condiționării operante, comportamentele cu consecințe favorabile sau cele întărite pozitiv vor avea tendința de a se repeta, iar un comportament ignorat sau întărit negativ va disparea. Comportamentul dorit este divizat în faze succesive, cu pași mici, iar realizarea fiecăruia este imediat recompensată. Procedeul este cunoscut sub denumirea de modelare a comportametului prin aproximări succesive și este utilizat în special în clinicile pentru copii și adulti handicapati mintal, în special în cazul copiilor autisti.

Terapia comportamentală este bazată pe tehnicile de condiționare clasică, vizând comportamentele reflexe involuntare, având dezideratul înlăturării comportamentelor nedorite și înlocuirea lor cu cele dorite. Un exemplu este desensibilizarea sistematică folosită pentru tratarea fobiilor, în care pacienții sunt învățați să se relaxeze. Pacientului i se prezintă gradual obiectul fricii sale, până când va suporta fără anxietate contactul cu obiectul.

În principiu, toate tipurile de psihoterapie pot fi conceptualizate ca făcând parte din procesul de învățare; de exemplu, un individ învață să aibă sentimente noi față de el însuși și față de alții (prin modificarea propriilor concepte), să-și schimbe reacțiile emotionale prin comportamente pozitive atunci când îi este teamă, sau tehnicile de relaxare pentru a reduce stresul. Adoptarea unor comportamente

Scanned with OKEN Scanner

noi, adecvate și eficiente, implică de asemenea principiile învățării. Învățarea și condiționarea pot avea roluri importante în medicină, nu numai în tratamentul tulburărilor dar și în prevenirea multor boli.

2.6. Tipurile umane și trăsăturile de personalitate

Pornind de la corelația dintre general, tipic și singular și dincolo de apartenența la specia umană, personalitatea poate fi abordată din perspectiva tipurilor umane sau a trăsăturilor de personalitate, astfel: un punct de vedere care susține că oamenii pot fi împărțiți în grupuri specifice, numite tipuri, și al doilea care spune că există un set relativ larg de „caracteristici ale individualității" numite trăsături, fiecare persoană având o combinație specifică a acestora.

Aceste puncte de vedere corespund unor abordări diferite ale personalității: prima, conform căreia fiecare om este *asemenea* altor persoane și a doua, conform căreia fiecare ființă umană este unică și, în consecință, nu seamănă cu nimeni altcineva. Ambele teorii pleacă de la ideea că există anumite caracteristici umane care determină comportamente în diferite contexte. De aceea, vom lua în considerație ambele abordări ale personalității.

2.6.1. Tipologia umană

Încă din cele mai vechi timpuri, din antichitate, problema tipurilor umane a fost cercetată din punctul de vedere al filosofiei, psihologiei, literaturii și religiei. Clasificările urmăresc fie morfologia corpului, funcțiile de baza ale organismului, fie se structurează după criterii psihologice. Se stabilesc relații între aspectul fizic, funcția care predomină și personalitate.

Scanned with OKEN Scanner

Hipocrate a elaborat prima clasificare a tipurilor umane. În lucrarea „Natura umană", el consideră ca organismul este compus din 4 umori: sânge, limfă, bilă galbenă și bila neagră (sângele venos), în funcție de predominanța cărora oamenii pot fi împărțiți în 4 tipuri constituționale:

1. sanguin, în care predomina sângele – vioi, bine hrănit
2. flegmatic, în care predomină limfa – reacții lente, indiferent
3. coleric, în care predomină bila galbenă – excitabil și impulsiv
4. melancolic, în care predomina bila neagra – retras, neîncrezător, lipsit de vigoare.

Clasificarea lui **Claude Sigaud** are la bază predominanța uneia dintre funcțiile de bază ale organismului.

a. **tipul cerebral:** sistemul osos este fragil, țesut gras slab dezvoltat, frunte înaltă, forma capului – piramidă cu baza mare în sus; are tendință la alopecie; figura sa este expresivă; desfășoară o activitate intelectuală intensă și are predispoziție la boli psihice
b. **tipul respirator:** forma capului este hexagonală, cu gât lung, nas acvilin. Toracele și musculatura bine dezvoltate, membrele lungi; este predispus la afecțiuni respiratorii
c. **tipul digestiv:** forma capului – piramidă cu baza mare în jos, deoarece mandibula este bine dezvoltată; gâtul și membrele sunt scurte, abdomenul proeminent; alimentația sa este excesivă și are predispoziție la boli digestive, hepatice și de nutriție

Scanned with OKEN Scanner

d. **tipul muscular:** musculatura este foarte bine dezvoltată, este bine proporționat, față are formă dreptunghiulară; are o activitate fizică susținută; este predispus la afecțiuni ale articulațiilor și vaselor de sânge

Frush și Fisher, autori preocupați de dentogenie, au clasificat personalitățile în trei categorii:

a. viguroșii, cu incisivi centrali vizibili, cu o formă puternică, primitivă
b. delicații, cu incisivi centrali fragili și mici
c. intermediarii – majoritatea oamenilor – cu dinții agreabili, de dimensiune medie si cu un aspect sănătos

Autorii consideră că incisivul central reprezintă partea concretă a personalității, în timp ce forma incisivului lateral denotă partea ei abstractă. Cu cât pacientul este mai viguros, mai aspru, mai dur, cu atât incisivul lateral seamănă mai mult cu incisivul central; cu cât pacientul este mai intelectualizat sau mai efeminat, cu atât incisivul lateral are o formă mai blândă și atenuează impresia creată de incisivul central. Forma caninului trebuie luată și ea în considerație: ascuțită la tineri, viguroși, agresivi; pătrată la pacienții robuști; rotunjit la femei și la persoanele blânde.

William Sheldon a fost primul cercetător care a combinat o metodă morfologică de clasificare a tipurilor cu una psihologică. Astfel, se poate vorbi o psihologie constituțională, care studiază

Scanned with OKEN Scanner

relațiile dintre structura corpului, pe de o parte, și activitatea psiho-socială, pe de altă parte.

Sheldon a pornit de la faptul că organismul se dezvoltă din cele trei foițe (straturi) celulare ale embrionului: endodermul (din care se vor forma țesutul adipos și organele digestive), mezodermul (din care se dezvoltă mușchii și oasele) și ectoderm (din care vor apărea sistemul nervos și organele de simț). Cele trei straturi embrionare nu contribuie în mod egal la formarea corpului și în acest fel, se pot distinge trei tipuri somatice (Tabelul 2):

- ***endomorful***, la care s-au dezvoltat cel mai bine țesutul adipos și sistemul digestiv, este relaxat în ținută și mișcări, iubește confortul, îi place să se hrănească, este amabil și orientat către cei din jur, are nevoie de afecțiune și aprobare, comunică ușor sentimentele, este orientat către copilărie și relații familiale.
- ***mezomorful***, cu sistemul locomotor bine dezvoltat, are ținuta și mișcările ferme și decise, îi plac aventura și riscul, este dominator și caută să dețină puterea, lipsit de sensibilitate și gingășie, înfățișare matură, este orientat spre țelurile și activitățile specifice vârstei tinere.
- ***ectomorful***, cerebral și conștient de sine, este reținut, discret, prezintă reactivitate emoțională și tensiune mentală excesive, însă disimulează emoțiile; este imprevizibil în acțiuni; manifestă sociofobie și agorafobie, hipersensibilitate la durere, oboseală cronică; este orientat către trăirile perioadelor târzii ale vieții.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2. Tipurile somatice ale lui William Sheldon

Tip somatic	Trăsături fizice	Tip de personalitate/temperament
Endomorf	Rotund, moale	Gurmand, iubește confortul, sociabil, relaxat (viscerotonie)
Mezomorf	Musculos, tare, puternic	Puternic, dominator, aventuros, energic (somatotonie)
Ectomorf	Slab, delicat	Conștient de sine, sensibil, nervos, reținut, cerebral (cerebrotonia)

Cercetătorii s-au întrebat pe ce bază se formează această legătura între structura corpului și personalitate. Lerner consideră că există **atitudini fixe** (stereotipuri) asociate cu o anumită constituție fizică și că acestea creează condițiile favorizante pentru ca o anumită persoană să intre într-un anumit rol. De exemplu, un mezomorf va fi încurajat de mediu (familie, prieteni, școală) să facă sport și i se vor crea condițiile de a-și dezvolta aptitudinile atletice.

Carl Gustav Jung, în cartea sa „Tipuri psihologice", stabilește opt tipuri, rezultatul combinației dintre patru tipuri **funcționale**, care clasifică oamenii după funcția psihologică pe care o folosesc de preferință pentru a se orienta în lume (*gândire, simțire, senzație sau intuiție*) și două tipuri **de atitudine,** care diferențiază oamenii după ponderea conferită lumii exterioare (lucruri, oameni) în raport cu viața lăuntrică (*introvertit, extravertit*).

Scanned with OKEN Scanner

Tipurile atitudinale se manifestă încă din primii ani de viață. Introvertitul și extravertitul se deosebesc atât de mult încât, dacă i se atrage atenția, chiar și un neinițiat în ale psihologiei își poate da seama cărui tip de atitudine subscrie un individ. Întâlnim adesea oameni închiși, timizi, greu de cunoscut, care nu își exprima trăirile și te surprind cu reacțiile și acțiunile lor. Întâlnim de asemenea persoane deschise, sociabile, binevoitoare și accesibile; acestea, fie că se înțeleg, fie că se ceartă cu cei din jur, rămân în relații cu ei. Cu cât personalitatea unui om este mai marcantă, cu atât mai vizibilă este atitudinea tipică.

Există o dispoziție individuală către un anumit tip, astfel încât, în condiții exterioare identice, doi indivizi se vor dezvolta diferit. De exemplu, în aceeași familie se transmite aceeași zestre genetică și exista aceleași valori și principii de educare a urmașilor. Cu toate acestea, unul dintre copii poate fi introvertit iar altul extravertit. Nici deosebirea dintre sexe sau categoriilor sociale nu este importantă atunci când este vorba de aceste opoziții.

Faptul că atitudinile se manifestă la copii încă din primii ani de viață demonstrează că nu lupta pentru existență sau educația impun o anumită atitudine, ci există o dispoziție individuală în acest sens. Așa cum am mai spus, în condiții exterioare identice, un copil preia un anumit tip atitudinal, alt copil preia tipul opus. Există și situații anormale, când se intervine din exterior și copilul este silit să adopte o anumită atitudine, însă această „falsificare" a tipului determinată de condiții exterioare va duce la tulburări psihologice.

Orice om se orientează după datele pe care le vede în lumea exterioară, date obiective. Aceste date însă pot fi sau nu **decisive**. De exemplu, un om își pune pardesiul pentru că știe că este frig afară, în

Scanned with OKEN Scanner

timp ce altul consideră că este călit și nu are nevoie de pardesiu. Unul admiră formația lansată săptămâna trecută pentru că toata lumea o consideră bună, în timp ce altul nu o face pentru că el consideră că nu tot ce admiră lumea este și demn de a fi apreciat. Primul se orientează după datele exterioare; cel de-al doilea își rezervă o opinie care se inseră între el și realitatea obiectivă.

Atunci când hotărârile și actele cele mai frecvente și mai importante sunt determinate de împrejurări obiective, avem de-a face cu **o atitudine extravertită**. Interiorul extravertitului cedează în fața condițiilor exterioare, e drept, nu fără luptă, dar cedează. Conștiința sa privește spre exterior; interesul și atenția sa se orientează spre lucruri obiective, din imediata sa vecinătate. Evenimentele exterioare au atâta farmec, astfel încât el nu se mai simte atras de nimic altceva. Legile morale ale acțiunii extravertitului corespund concepției morale general valabile. Dacă exigențele societății ar fi diferite, și concepțiile morale ale persoanei ar fi altele.

În cazul extravertitului, nu este vorba de o adaptare perfectă la condițiile de mediu, ci o **inserare.** De exemplu, în alegerea unei profesii, el ține cont de ceea ce îi oferă posibilități bogate în viitor sau de acele lucruri care sunt necesare pentru societate, de a împlini așteptările pe care lumea le are de la el. Sunt, pe de altă parte, oameni care fac ceea ce le spune inima; sunt oameni care vor să își împlinească un vis, cu toate ca toate condițiile exterioare par potrivnice, cu toate ca lumea îi descurajează în mod repetat. Acești oameni nu întreabă „ce salariu voi primi", ci afirmă „âmi place ceea ce fac". Nu este vorba aici despre o atitudine bună și una rea, despre o perspectivă superioară și despre una inferioara asupra vieții. Sunt, pur și simplu,

Scanned with OKEN Scanner

două modalități de a trăi viața. Una, privind în exterior, alta, ascultând vocea lăuntrică.

Punctul slab al extravertitului ține de faptul că, adesea, nevoile subiective sunt neglijate. El se îndreaptă în așa măsură spre ceea ce este obiectiv, încât neglijează chiar starea corpului său, pe care o consideră prea puțin exterioară. De aici pot apărea probleme psihologice cu răsunet în starea fizică.

Introvertitul se orientează după factori subiectivi. Între percepția obiectului exterior și acțiune se strecoară o opinie personală care va determina, de fapt, sensul acțiunii. Din toate condițiile exterioare pe care le vede, introvertitul o va alege pe aceea pe care care o consideră – subiectiv – cea mai importantă.

Introvertitul va acorda o atenție sporita vieții psihice. Obiectul studiat, fie că este vorba de un lucru sau de o idee, de o valoare morală sau de un sentiment, va fi asimilat în profunzimea lui. Persoana introvertită are un mod de exprimare puternic generalizator. Multe dintre problemele care apar în viața sa sunt date de o importanță scăzută acordată chestiunilor obiective; apare astfel un conflict între interiorul fragil și obiectul exterior puternic.

Jung remarca faptul că oamenii care nu se arata convinși de superioritatea necondiționată a obiectului sunt adesea considerați nedemni de încredere, necompetitivi, lipsiți de rațiune, oarecum inferiori. Extravertitul care se lansează în astfel de constatări uită că orice percepție și orice cunoaștere sunt determinate atât obiectiv, cât și subiectiv. Nu avem cum sa evaluăm o lume pe care subiectul nu o poate asimila. Subiectul este omul, subiectul suntem noi. Așadar, „subiectivul" este o realitate la fel de bine întemeiată ca și obiectul

Scanned with OKEN Scanner

exterior. Atât subiectivul, cât și obiectele exterioare sunt supuse schimbărilor; în acest caz, valoarea lor este relativă. A dezvolta fără măsură un punct de vedere subiectiv este la fel de dăunător cu a acorda importanță absoluta factorului obiectiv.

2.6.2. Trăsăturile de personalitate

O trăsătură de personalitate este un mănunchi de caracteristici mentale sau comportamentale pe care le deține o anumită persoană la un moment dat. De exemplu, caracteristici comportamentale ca „despotic", „"bătăuș" sau „rău" pot fi descrise prin trăsătura de personalitate numită „agresivitate".

Trăsăturile de personalitate au ponderi diferite la persoane diferite. De exemplu, „agresivitate marcată" si „agresivitate ușoară" sunt cele două extreme ale trăsăturii „agresivitate", între acestea existând diferite grade intermediare de agresivitate. Astfel, sunt multe trăsături de personalitate (egoism, dependență, putere etc.) și fiecare om are propriul său „scor" la fiecare dintre acestea. Rezultă de aici foarte multe subgrupe de oameni pe baza ponderii diferite pe care o au numeroasele trăsături ale personalității lor.

Raymond B. Cattell este ceea ce se numește un teoretician al trăsăturilor. El a utilizat o metodă statistică numita **MAVA** (Multiple Abstract Variance Analysis). Cattell a luat din dicționar peste 18 000 de termeni care denumesc trăsături de personalitate, i-a grupat pe categorii, a analizat 4 500 de termeni, iar după ce a eliminat sinonimele, a rămas cu 171 de trăsături de personalitate. El le-a grupat în trăsături-sursă (source traits) și trăsături de suprafață (sourface traits) – răspunsuri comportamentale determinate de primele.

Scanned with OKEN Scanner

Conform teoriei lui Raymond B. Cattell, exista 16 trăsături-sursă, din care vor rezulta **16 factori primari** ai personalității: căldura sufletească, raționalism, stabilitatea emoțională, tendința de a domina, vitalitatea,conformismul, îndrăzneala, sensibilitatea, vigilența, capacitatea de abstractizare, discreția, predispoziția la introspecție, deschiderea la schimbare, încrederea în sine, perfecționismul și tensiunea. Ponderea mare sau mică a acestor factori primari ai personalității se determină cu ajutorul chestionarelor (Tabelul 3).

Tabelul 3.

Cei 16 Factori Primari ai personalității după Raymond B. Cattell

Descrierea ponderii mici	Factorul primar	Descrierea ponderii mari
Rezervat, impersonal, rece, distant, formal, se ține deoparte	**Căldura sufletească**	Cald, atent cu ceilalți, amabil, participativ, iubește omul
Gândire concretă, capacitate mentală generală scăzută, incapabil să rezolve probleme abstracte	**Raționalism**	Gândire abstractă, mai inteligent, sclipitor, capacitate mintală generală mare, învață repede
Reactiv, instabil emoțional, schimbător, influențat de sentimente, ușor de supărat	**Stabilitatea emoțională**	Stabil emoțional, matur, o bună capacitate de adaptare, acceptă realitatea, este calm

Scanned with OKEN Scanner

Respectuos, cooperant, evită conflictele, supus, umil, ușor de condus, docil	**Tendința de a domina**	Dominant, puternic, agresiv, competitiv, despotic, dornic de afirmare, încăpățânat
Serios, reținut, prudent, tăcut, introspectiv, taciturn	**Vitalitatea**	Plin de viață, spontan, entuziast, amuzant, expresiv, impulsiv
Eficient, non-conformist, nu ține cont de reguli, indulgent cu sine însuși	**Conformismul**	Conștient de reguli, omul datoriei, conștiincios, conformist, moralist
Timid, sensibil la amenințări, rușinos, ezitant, ușor de intimidat	**Îndrăzneala**	Curajos, îi place riscul, obraznic, „obraz gros", dezinhibat, rezistent la stres
Orientat spre utilitar, obiectiv, insensibil, încrezător în sine, caracter puternic, dur, aspru	**Sensibilitatea**	Sensibil, iubitor de frumos, sentimental, intuitiv, rafinat, caracter slab
Încrezător, nu suspectează pe nimeni, nu pune condiții, acceptă ușor	**Vigilența**	Vigilent, suspicios, sceptic, se îngrijorează, neîncrezător, se opune
Practic, prozaic, orientat spre găsirea soluțiilor, ferm, convențional, statornic	**Capacitatea de abstractizare**	Imaginativ, fără simț practic, „aerian", absorbit de idei

Scanned with OKEN Scanner

Direct, lipsit de tact, de artă, deschis, naiv, nepretențios, implicat	**Discreția (tactul)**	Discret, rafinat, nu dezvăluie secretele, monden, diplomat, șiret, plin de tact
Sigur de sine, nu-și face probleme, se complace în starea sa, în siguranță, nu simte vină, satisfăcut de sine, încrezător	**Predispoziția la introspecție**	Se analizează, se îndoiește de sine, se îngrijorează, dezvoltă sentimente de vinovăție, se simte nesigur
Tradiționalist, atașat de lucrurile și de valorile familiare, cu care este obișnuit; conservator, respectă ideile tradiționale	**Deschiderea la schimbare**	Deschis la schimbare, liberal, experimentează, analizează, simț critic bine dezvoltat, libertate (flexibilitate) în gândire
Orientat către grup, afiliază la organizații, idei, curente, mișcări, este dependent	**Încrederea în sine (independența)**	Independent, solitar, plin de resurse, individualist, își este suficient sieși
Tolerează inexactitățile, dezordinea, este flexibil, impulsiv, indisciplinat, necontrolat, nu ține cont de regulile sociale	**Perfecționismul**	Perfecționist, constrângător, organizat, auto-disciplinat, controlat, punctual, putere de a-și controla emoțiile și dorințele
Relaxat, placid, liniștit, răbdător, stăpânit, cu puțină energie	**Tensiunea**	Tensionat, frustrat, energic, nerăbdător, permanent sub presiunea timpului, supra-solicitat

Scanned with OKEN Scanner

2.7. Motivația umană

Activitatea, reacțiile indivizilor pot fi declanșate de cauze interne; ansamblul lor a fost numit „motivație", din latinescul „motivus" (care pune în mișcare). Pentru unii psihologi, motivul este numele generic al oricarei componente a motivației, fiind definit ca fenomen psihic ce declanșează, direcționează și sustine energetic activitatea.

Studiul motivației are drept obiect cercetarea determinanților interni ai acțiunilor noastre: de ce ne comportăm într-un anumit fel, cum ajungem să acționăm, ce factori ne declanșează activitățile? „Nici un act, nici un comportament sau atitudine nu apar și nu se manifestă în sine, fără o anumită incitare, fără o anumită direcționare și susținere energetică" (P. Golu, 2000). Motivația este o dimensiune fundamentală a personalității, o variabilă internă cu rol de suport în declanșarea și susținerea diferitelor procese și capacități psihice, a reacțiilor exterioare ale individului. Motivația pune în mișcare și direcționeaza individul. Ea transformă ființa umană, dintr-un simplu receptacul al influențelor externe, în subiect activ și selectiv, cu un determinism intern propriu în alegerea și declanșarea acțiunilor și a comportamentelor.

Dupa Kurt Lewin, motivația actionează ca un *câmp de forțe* în care se află atât subiectul, cât și obiectele, persoanele și activitatile. Din punct de vedere descriptiv, motivația se referă la „ansamblul de stimuli sau mobiluri – trebuințe, motive, tendințe, atracții, interese, convingeri, năzuințe, intenții, vise, aspirații, scopuri, idealuri, proiecte – care susțin din interior realizarea anumitor acțiuni, fapte, atitudini" (P.P. Neveanu si colab., 1987). Rezultă de aici că specific pentru mecanismul motivației este caracterul ei intern, iar factorii

Scanned with OKEN Scanner

externi în sine, care aparent provoacă sau stopează o acțiune, nu pot fi considerați motive fără o raportare la o necesitate, intenție sau o aspirație a individului. Reiese faptul că orice factor extern, pentru a avea efect declanșator, trebuie să aiba o semnificație în raport cu factorul intern.

Componentele sistemului motivațional sunt numeroase, variază ca origine, mod de satisfacere și funcții, clasificarea și explicarea lor fiind controversate. Cei mai mulți psihologi acceptă azi că motivația umană include trebuințe, tendințe, intenții, dorințe, motive, interese, aspirații și convingeri.

Trebuințele sunt componente ale motivației care semnalizează o stare de dezechilibru fiziologic sau psihologic. Ele sunt trăite ca stări de agitație, alertă interioară, tensiune. Există **trebuințele primare**, innascute, care tind să se manifeste la toți indivizii, în toate timpurile și **trebuințe secundare** dobândite numai de unii indivizi. S-a presupus că trebuințele secundare se dezvoltă din cele primare, dar după formare funcționează independent de ele. Satisfacerea trebuințelor fiziologice ale unui sugar este asociată cu aprobarea mamei. Treptat, aprobarea adulților este folosită pentru a susține învățarea mersului sau a vorbirii. Copilul devenit elev învață la început pentru a face plăcere părinților, apoi este absorbit de studiu. La preadolescenți, fumatul sau consumul de alcool sunt inițial activități realizate pentru satisfacerea nevoii de afiliere la grupul de egali și apoi devin obisnuințe. În funcție de oferta comercială sau culturală, apar trebuințe noi care devin ulterior motive ale altor activități. De exemplu, automobilul a fost la început un mijloc pentru satisfacerea trebuinței de confort, dar a devenit treptat un motiv pentru ore de lucru suplimentare din care să

Scanned with OKEN Scanner

se câștige mai mult. Astfel, aria trebuințelor uname este în continuă diferențiere și extindere, determinând apariția unor comportamente noi. Nesatisfacerea trebuințelor duce la stingerea lor.

Este posibilă și apariția unor anomalii în satisfacera trebuintelor primare: astfel, persoanele cu bulimie nervoasă (poftă de mâncare exagerată), deși își satisfac nevoia de hrană, continuă să mănânce; s-a observat că acest comportament însoțește de multe ori carențele afective, prin supraalimentare subiectul compensându-și nevoia de dragoste. La polul opus, anorexia nervoasă (lipsa poftei de mâncare) se presupune că ar fi deretminată de un conflict cu anturajul, în special cu mama.

Dacă în calea satisfacerii unei trebuințe există un obstacol, apare o stare de încordare numită frustrare. Răspunsurile la frustare sunt diferite, cel mai frecvent dintre ele fiind agresivitatea. Frustarea este un fenomen inevitabil în viața psihică; atunci când este moderată, ea are efecte benefice asupra dezvoltării personalității. Astfel, imposibilitatea împlinirii iubirii datorită diferențelor de statut poate determina o muncă îndârjită pentru a urca în ierarhia socială. Datorită caracterului inevitabil al fustrării, personalitățile echilibrate au toleranță la frustare, suportând, în anumite limite, stări de tensiune intensă fără a dezvolta comortamente patologice.

Dorințele sunt trebuințe conștientizate.

Tendința (impulsul sau propensiunea) este trebuința aflată în stare de excitabilitate accentuată, care determină mișcare, acțiune spontană.

Intenția este tendința cu un grad superior de elaborare mentală, orientată spre un scop.

Scanned with OKEN Scanner

Motivele sunt trebuințe atât de puternice încât determină, declanșează acțiunile, activitățiile prin care se satisfac. Ele au două segmente corespunzătoare funcțiilor motivației: segmentul energizant, **forța** cu care este declanșată și susținută activitatea și **direcția** sa (aspectul orientativ – direcțional). Relațiile dintre motive sunt similare celor dintre forțele fizice: motive diferite pot avea aceeași direcție și același sens, energia lor cumulându-se; un elev învață pentru a primi o notă mare, pentru că dorește să se afirme în grup sau pentru că este interesat de un domeniu; motivele pot avea orientări diferite, fiecare vizând realizarea altei activități; poti dori să vizionezi un spectacol sau să mergi în excursie la munte. Uneori, aceste activități se ordonează în timp, satisfăcându-se succesiv; în caz contrar, în plan subiectiv apare o stare de tensiune foarte puternică și care se cere înlăturată.

Rolurile motivației. Motivația este esențială în activitatea psihică și în dezvoltarea personalității, deoarece este primul element cronologic al oricărei activități, cauza ei internă; semnalizează deficituri fiziologice și psihologice (de exemplu, foamea semnalizează scăderea procentului de zahăr din sânge sub o anumită limită, în vreme ce trebuința de afiliere este semnalizată de sentimentul de singurătate); selectează și declanșează activitățile corespunzătoare propriei satisfaceri și le susține energetic (trebuința de afirmare a unui elev declanșează activități de învățare, participare la concursuri); contibuie, prin repetarea unor activitati si evitarea altora, la formarea si consolidarea unor insusiri ale personalitatii (interesul pentru muzica favorizeaza capacitatea de executie a unei lucrari muzicale).

Scanned with OKEN Scanner

2.7.1. Nivelurile motivației. Piramida lui Maslow

În cercetarea psihologică au existat și există încă multe încercări de clasificare a formelor și nivelelor motivației, cele mai relevante și mai des folosite în literatura de specialitate fiind clasificarea lui H. Murray, viziunea psihanalitica, teoria impulsului homeostatic și abordarea umanistă.

Murray a identificat 20 de trebuințe fundamentale, printre care: trebuința de realizare, trebuința de afiliere, trebuința de agresiune, de autonomie, de apărare, de dominare, de a evita situațiile neplăcute, de existență socială, de ordine, de senzualitate și sex, trebuința de întelegere, etc.

Psihanaliza, în concordanță cu teoria lui Freud, postulează faptul că comportamentul este declanșat de tendința de reducere a tensiunii provocate de acumulările de forțe instinctuale și inconștiente.

Teoria impulsului homeostatic consideră că impulsul poate facilita explicarea comportamentului uman, acesta fiind determinat în primul rând de satisfacerea nevoilor fiziologice. Homeostazia este procesul prin care un organism își menține starea fizică în cadrul unor limite optime, bazându-se pe autoreglare. În aceste condiții, organismul este impulsionat să se comporte în așa fel încât homeostazia să fie restabilită. Dupa cum se poate observa, această teorie este foarte simplistă și nu poate explica multe aspecte mai complexe ale comportamentului.

Psihologii umanisti, precum Abraham Maslow, nu sunt de acord cu accentul pus pe nevoile biologice, sustinând că oamenii dețin un set unic de nevoi de autoâmplinire, pe lângă nevoile de natură fiziologică, psihologică și socială. Maslow are o contribuție

Scanned with OKEN Scanner

remarcabilă la aprofundarea universului motivațional prin elaborarea teoriei gratificării trebuințelor, cunoscută sub denumirea de **piramida nevoilor umane**, în lucrarea sa „Motivation and Personality" (1954). Maslow a constatat faptul că aceste necesități nu se manifestă la întamplare, ci într-o ordine bine definita. Ele pornesc de la necesitățile inferioare spre cele superioare, altfel spus se eșalonează de la cele curente, materiale, imediate, la cele abstracte, spirituale, de durată. În structura sa de bază, piramida cuprindea doar cinci nivele; ulterior, autorul a mai adaugat încă două nivele de trebuințe: cognitive (dorința de a cunoaște și a înțelege) și estetice. Un individ poate fi motivat să adopte o atitudine abordând una dintre nevoile sale nesatisfăcute și determinându-l să accepte faptul că numai având acea atitudine își poate satisface nevoia respectivă.

Maslow împarte motivațiile în două mari grupuri:

- **motivații de deficiență** (sau datorate lipsei), din care fac parte *trebuințele fiziologice* (foamea, setea, trebuința de igienă, adăpost, păstrare a sănătății, de sex, etc.), *trebuințele de securitate* (siguranță): nevoia de siguranță existențială, de securitate emoțională, profesională, socială, etc., *trebuințele sociale* (de apartenență și adeziune la un grup sau categorie socială, de a fi membru al unei familii, nevoia profundă de dragoste, de relații afective), *trebuințele Eului* (nevoia de autoprețuire, respect de sine, prestigiu și stimă din partea celorlalți
- **motivații de creștere** (sau de dezvoltare) din care fac parte *trebuințele de realizare / autorealizare* (nevoia de a ne atinge propriul potențial creativ, de a obtine performanțe înalte în activitatea cea mai puternic motivata), *trebuintele cognitive*

Scanned with OKEN Scanner

(nevoia de a învăța, de a ști, de a explora, de a descoperi, etc.), *trebuințele estetice* (nevoia de concordanță, armonie, simetrie, ordine, de contact cu operele de artă, de contemplare a lor, etc) și trebuințe de concordanță (acord între cunoaștere, afectivitare și acțiune).

Cunoasterea ierarhiei trebuințelor este utilă în explicarea comportamentelor deoarece diferite trepte apar pe rând în funcție de dezvoltare psihică, prima treaptă cuprinzând trebuințe primare, odată cu maturitatea individul atingând niveluri superioare. În al doilea rând, analiza piramidei motivaționale e utilă datorită urmatoarelor observații:

- intensitatea trebuințelor scade de la bază spre vârf;
- trebuință superioară nu se satisface decât dacă au fost satisfacute într-o oarecare măsură cele inferioare ei (de exemplu, este dificil pentru un profesor să activeze trebuința de a ști a unui elev dacă cele de hrană și adăpost nu sunt satisfacute);
- cu cât o trebuință este mai înaltă, cu atât este mai caracteristică pentu om.

2.7.2. Trebuințele psihice. Ralph Linton

O altă clasificare a nevoilor ființei umane a fost realizata de Ralph Linton, care identifică două categorii: trebuințe *primare*, sau *fiziologice*, și secundare, sau psihice. Trebuințele primare se referă la nevoia de hrană, cea sexuală, nevoia de somn și evitarea durerii. Trebuințele psihice sunt trei: nevoia de răspuns afectiv, cea de securitate pe termen lung și cea de noutate și experiență. În opinia lui Linton, cele două tipuri de nevoi par să aibă un statut de egalitate în

Scanned with OKEN Scanner

motivațiile adultului. Trebuințele fizice nu vor fi întotdeauna și cu certitudine puse înaintea celor psihice și avem în acest sens exemple de oameni care au suferit pentru o idee sau pentru o credință.

În accepțiunea lui Linton, nu există un comportament fixat pe satisfacerea unei anumite trebuințe. Acțiunile umane se încadrează într-un model cultural și conduc la satisfacerea mai multor nevoi. De exemplu, pentru a-și astâmpăra foamea, un copil mănâncă. El este însă învățat să „mănânce frumos" și să respecte în acest fel un tipar cultural. Învățând bunele maniere și respectându-le, el va primi un răspuns favorabil din partea familiei și a societății sau, cel puțin, nu va fi certat sau marginalizat ca fiind o persoană ciudată și lipsită de bun simț. El își va satisface astfel nevoile de afectivitate și de siguranță.

Acest exemplu ilustrează faptul că prima și cea mai importantă trebuința este cea de răspuns afectiv pozitiv din partea celor din jur, cu alte cuvinte nevoia de a fi iubit. Aceasta stimulează un comportament care poate fi acceptat de societate. Oamenii se conformează obiceiurilor societății din dorința de a fi aprobați sau din teama de pedeapsă. Ei vorbesc frumos pentru că vor ca cei din jur să îi înțeleagă și să își formeze o părere bună, sau din teama că vor fi marginalizați și evitați de cei nemulțumiți de modul în care li se vorbește. Este această nevoie înnăscută sau învățată în copilărie? Această problemă este de natură teoretică și, în opinia lui Linton, nu va putea fi niciodată rezolvată. În copilărie, ființa umană este într-o totală dependență de adulți astfel încât se spune că un copil care nu obține răspunsuri din partea celor mari, nu poate trăi. Pentru a se dezvolta armonios, copiii au nevoie de o anumită cantitate de răspunsuri afective.

Scanned with OKEN Scanner

A doua trebuință psihică este de asemenea universală: nevoia de securitate pe termen lung. Satisfacțiile prezente nu sunt suficiente dacă cele viitoare rămân nesigure. De aceea, în fiecare om se formează o atitudine ce conduce la împlinirea acestei nevoi, adesea întârziind satisfacerea nevoilor actuale în așteptarea unei recompense viitoare. De exemplu, un tânăr stă în casă și învață conștiincios în speranța că, după ce va reuși la examenul de admitere, se va putea bucura de siguranța și satisfacțiile vieții de student. Ca răspuns la această nevoie psihologică, apar comportamente *modelate cultural* ce pot fi observate la fiecare om.

În al treilea rând există nevoia de noutate și experiență. Această trebuință intervine, de regulă, după ce au fost satisfăcute primele două: după ce ființa umană primește afecțiune din partea persoanelor apropiate și este sigură de ziua de mâine. Sentimentul de plictiseală este expresia acestei nevoi, în urma căruia apar comportamente experimentale. Din nou se ridică întrebarea dacă această trebuință de nou este înnăscută sau apare în decursul vieții. Pentru prima idee pledează Pavlov care, în studiile sale, a constatat ceea ce el a numit „reflexul explorator al animalului", care poate fi observat și la copiii mici. Cea de-a doua teorie susține că, în copilărie, cele mai multe persoane învață că există o legătura între noutate și plăcere, poate datorită preocupării părinților de a oferi ce este mai bun copiilor, astfel încât experiențele noi din copilărie sunt de cele mai multe ori pozitive. La maturitate, individul va dori să exploreze noi teritorii, să trăiască noi senzații pe care le asociază cu plăcerea *tocmai* și *numai* datorită noutății lor.

Scanned with OKEN Scanner

2.8. Fundamentul cultural al personalității

Trebuințele fiziologice și psihologice umane sunt „motorul" care pune în mișcare comportamentul; în absența lor, omul s-ar complăcea în repaus. Cu toate acestea, un comportament nu poate fi înțeles și explicat doar pe baza nevoilor motivaționale. Trebuie să analizam și contextul, mediul în care aceste forțe capătă formă. Trebuie să ținem cont de circumstanțe, de experiența personală a omului respectiv. De exemplu, nevoia de a se alimenta o are orice ființă, însă comportamentul de satisfacere a acestei nevoi va diferit la persoane aparținând unor culturi diferite. Omul obișnuit să vâneze în junglă se va comporta altfel decât orășeanul crescut în cultura fast-food.

Cultura este modul de viață al unei societăți. Ea reglează răspunsul normal și anticipat al oricărui membru al societății la o situație dată. Totuși, aceste răspunsuri au infinite variații minore la oameni diferiți și chiar la același om în circumstanțe diferite. De exemplu, se știe că, în cultura noastră, toata lumea mănâncă de trei ori pe zi, una dintre mese situându-se în jurul amiezii. Un astfel de consens în opinie și comportament constituie un model cultural, însă există destule persoane care nu se supun acestuia; de asemenea, pot apărea situații neprevăzute, în care un om care, de regulă, respectă orarul meselor, este nevoit să renunțe temporar la acest obicei. Consensul privind corelația dintre frumusețe și prezența unor dinți foarte albi pe arcade este un astfel de tipar cultural în societățile vestice.

Cultura este un ansamblu mai mult sau mai puțin organizat de astfel de modele. Acestea trebuie fixate în personalitatea fiecărui om, ele devenind astfel modul obișnuit de răspuns la situațiile de viață cu care acesta se întâlnește. Această fixare a modelelor culturale se face

Scanned with OKEN Scanner

prin socializare, prin educație – o instrucție deliberată și premeditată primită de la cei mai în vârstă.

2.8.1. Socializarea

Socializarea este definită ca un proces de interacțiune socială care durează toată viața, prin care indivizii își dezvoltă potențialul uman și învață tipare ale culturii lor. În absența socializării, o ființă umană este doar cu ceva mai mult decât un organism viu. Spre deosebire de alte specii, al căror comportament este determinat strict biologic, ființele omenești au nevoie de învățarea socială pentru a dobândi capacitatea de a supraviețui.

Experiența socială este vitală atât pentru formarea personalității umane, cât și pentru continuitatea societății și constituie modul în care cultura este transmisă de la o generație la alta (Elkin și Handel, 1984). Cunoașterea socială se referă la înțelegerea pe care o are individul asupra interacțiunilor umane. Etapele pe care le parcurge copilul în dezvoltarea sa sunt: înțelegerea celorlalți oameni, înțelegerea propriei persoane și abia apoi înțelegerea regulilor societății în care trăiește. Comportamentul prosocial se formează în timp și reprezintă o serie de acțiuni în beneficiul altora și fără a aștepta o răsplată concretă. Compasiunea, responsabilitatea, cooperarea cu cei din jur sunt trăsături care pot fi încurajate sau descurajate în funcție de mediul social în care se dezvoltă copilul.

2.8.2. Izolarea socială

Nimeni nu poate fi pe deplin uman în absența experienței sociale. Copiii abandonați și izolați nu isi dezvolta intregul potential uman, asa cum arată următoarele exemple.

Scanned with OKEN Scanner

În anul 1938, un lucrător social conștiincios a făcut o vizită în casa unui fermier din zona rurală a Pennsylvaniei. Acolo a găsit o fetiță de cinci ani, ascunsă într-o debara situată la etajul al doilea. Copilul, pe nume Anna, era înghesuit într-un scaun vechi, cu brațele legate deasupra capului, astfel încât să nu se poată mișca. Era îmbrăcată doar cu câteva haine murdare, iar mâinile și picioarele erau atât de subțiri, încât nu le putea folosi. Din cauza ostilității continue a bunicului care nu o accepta, mama Annei o ținea în acea camera fără să-i acorde aproape nici un pic de atenție, dându-i doar lapte pentru a o ține în viață. Fetița nu a avut practic parte de contacte umane pentru aproximativ 5 ani.

Citind despre cazul Annei, sociologul Kingsley Davies s-a dus să vadă fetița, adăpostită de autoritățile locale într-o casă de copii din acea zonă. Anna nu manifesta nici una din calitățile sociale care sunt în mod obișnuit asociate cu ființa umană: nu vorbea, nu râdea, nici măcar nu se supăra. Se comporta ca și cum oamenii care o îngrijeau nici n-ar fi existat, aceștia întrebându-se dacă nu cumva fetița este surdă și oarbă. În acel cămin, Anna a stat aproape un an, beneficiind de asistență medicală de bază și de control social obișnuit.

Deși era vie și avea potențialul genetic uman, ea nu era un om în sensul deplin al cuvântului. Lipsită de contact social, Anna era mai degrabă un obiect decât o ființă. La doar zece zile după ce a fost adusă în cămin, fetița era mai vioaie, înfățișarea ei devenise umană și chiar zâmbea cu vădită plăcere. Anul următor, Anna a făcut progrese lente, dar sigure, arătând tot mai mult interes față de alți oameni și câștigând treptat abilitatea de a merge. După încă un an, ea se putea hrăni singură, putea merge singură pe o distanță scurtă și se juca. La vârsta

Scanned with OKEN Scanner

de opt ani, era dezvoltată din punct de vedere mintal și social ca un copil de un an și jumătate. Doar când se apropia de vârsta de zece ani ea a arătat primele semne de folosire a limbajului. În ceea ce privește dezvoltarea ei ulterioară, nu se poate spune nimic, pentru că, la vârsta de zece ani, Anna a murit de o boală de sânge.

Un al doilea caz, asemănător acestuia, scoate la iveală mai multe lucruri cu privire la efectele pe termen lung ale izolării sociale. Aproximativ în aceeași perioadă cu descoperirea Annei, a fost găsită, în condiții similare, o altă fetiță, cam de aceeași vârsta. După mai mult de șase ani de izolare, aceasta, cunoscută sub numele de Isabelle, manifesta aceeași lipsa de reactivitate care a caracterizat-o și pe Anna. Isabelle a fost supusă însă unor îngrijiri speciale, intensive, de către psihologi, pentru a grăbi ritmul dezvoltării ei. La o săptămână după ce a început acest program, Isabelle încerca să vorbească, iar după un an și jumătate, vocabularul ei se apropia de două mii de cuvinte. Psihologii au concluzionat că Isabelle reușise să progreseze în ceea ce constituie în mod normal șase ani de dezvoltare, în numai doi ani de efort intens. La vârsta de 14 ani, Isabelle era în clasa a șasea la școală, destul de bine pe această cale către o viață normală.

Din motive etice, nu se pot face experimente care să implice izolarea socială a ființelor umane. Prin urmare, o mare parte din ceea ce știm despre efectele izolării sociale provine din aceste cazuri ale unor copii nefericiți, constrânși la izolare de către membri ai familiilor lor. De aceea, cercetările privind efectele izolării sociale au recurs la animale.

Soții Harlow, în 1962, au efectuat cercetări pe maimuțe rhesus, al căror comportament este în anumite privințe asemănător

Scanned with OKEN Scanner

celui uman, și au concluzionat că efectele izolării de scurtă durată pot fi înlăturate, însă izolarea pe termen lung se pare că a produs daune emoționale ireversibile la maimuțe. Se presupune deci că, fără o experiență socială în primii ani ai copilăriei, creierul omenesc își pierde mult capacitatea de dezvoltare ulterioară.

2.8.3. Sfere de socializare

În 1920, Cooley a determinat că socializarea are două trepte: socializarea **primară,** caracterizată prin contactele personale foarte strânse, în familii, grupuri de copii sau între vecini, și socializarea **secundară**, care este mai impersonală și are loc în școli, licee, facultăți, la locul de muncă; ea este centrată pe obiective și aspirații pe termen lung. Dacă socializarea primară este responsabilă în mare parte de formarea comportamentului unui copil în ceea ce privește igiena orală (perierea dinților, mai ales), cea secundară e responsabilă de formarea specialiștilor și de comportamentul pacientilor și a medicilor dentiști.

Familia este cel mai important așezământ social în care se desfășoară socializarea. În primii ani de viață, pentru majoritatea oamenilor, familia reprezintă întreaga lume. Copiii mici sunt aproape cu totul dependenți de alții pentru a-și satisface nevoile lor diverse și această responsabilitate revine aproape întotdeauna familiei. Iată de ce familia este considerată grupul primar, fundamental.

Familia constituie temelia vieții sociale, în care se învață pentru prima dată atitudinile și comportamentele considerate potrivite în cultura respectivă. Socializarea ca un element ce influențează sexul copilului a constituit întotdeauna una din cele mai importante funcții

Scanned with OKEN Scanner

ale familiei. Multe din lucrurile pe care oamenii le consideră ca fiind „din ei înșiși" sunt de fapt produse ale culturii, încorporate în personalitate prin socializare.

Școala introduce elemente noi în procesul de socializare. Copiii învață să interacționeze cu alți oameni care nu fac parte (cel puțin la început) din grupul lor primar și care au antecedente sociale diferite de ale lor. Pe măsură ce copiii se confruntă cu o diversitate mai mare de oameni, este probabil ca ei să devină mai conștienți de propriile lor categorii sociale. De exemplu, un studiu efectuat pe copiii de grădiniță a evidențiat faptul că copiii albi și negri au tendința să formeze grupuri bazate pe rasă (Finkelstein & Haskin, 1983); în mod asemănător, băieții și fetele tind să formeze grupuri distincte de joacă, accentuând importanța pe care cultura noastră o atașează sexului (Lever, 1978).

Școala îi expune pe copii unei diversități sociale mai largi și prin aceasta ei trăiesc experiența de a fi evaluați pe baza standardelor universale de performanță. O altă parte importantă a școlarizării este evaluarea copilului în sarcini cum ar fi cititul sau performanța atletică folosind standarde universale, spre deosebire de familie, unde aprecierea se realizează particularizat. O asemenea evaluare impersonală are un impact puternic asupra modului în care copiii ajung să se vadă pe ei înșiși. Școala este de asemenea și cea dintâi birocrație cu care se confruntă copilul. Ziua de școală are la bază un orar strict, așadar copiii experimentează pentru prima dată o planificare impersonală și învață ce înseamnă să faci parte dintr-o organizație mare.

Prieteniile se leagă între indivizi cu interese și poziție socială comune, care sunt, de obicei, de aceeași vârsta. Grupul de prieteni

Scanned with OKEN Scanner

diferă în funcție de familie și de școală, prin aceea că îngăduie sau nu copiilor să se angajeze în multe activități fără supravegherea directă a adulților. Între prieteni, copilul este supus la mai puțină supraveghere din partea celor mari decât în familie și la școala. Copiii au o independență considerabilă, care înseamnă de fapt o experiență valoroasă; ei își formează relații sociale după bunul lor plac și își cristalizează o imagine despre ei înșiși diferită de cea din familiei de proveniență.

Într-o societate care se schimbă rapid, importanța prietenilor rivalizează cu influența părinților. Totuși, în timp ce influențele prietenilor pot fi puternice în cazul preocupărilor pe termen scurt (cum ar fi stilul de îmbrăcăminte sau gustul în materie de muzică), părinții continuă să modeleze pe termen lung aspirațiile copiilor lor. De exemplu, un studiu a descoperit că părinții au avut mai multă influență în privința aspirațiilor educaționale decât cei mai buni prieteni ai tinerilor.

Tinerii percep adesea propriul grup în termeni pozitivi, în timp ce pe al altora îl percep în mod negativ. Astfel, ei vor încerca să se conformeze propriilor grupuri, în timp ce își formează identitatea în opoziție cu diferite alte grupuri. De asemenea, pot fi puternic influențați de grupurile la care vor să se atașeze. De exemplu, când merge la o școală nouă, un copil care dorește să se evidențieze jucând baschet va dori să facă parte din echipă. Un tânăr care dorește să devină medic stomatolog, va adopta valorile și va învăța comportamentul specific profesiei pe care o va avea peste câțiva ani. Acești indivizi vor încerca să se conformeze la ceea ce ei consideră că ar fi modelele sociale ale grupului, în speranța unei acceptări. Aceasta reprezintă ceea ce sociologii numesc *socializare anticipată*, adică

Scanned with OKEN Scanner

procesul de învățare socială îndreptat spre asumarea unui anumit status și rol în viitor.

Mijloacele de comunicare în masă, în special televiziunea, au o importanță considerabilă în procesul de socializare. Apărută în 1939, televiziunea a devenit o parte importantă a modului de viață peste tot în lumea civilizată. Înainte de a învăța să citească, privitul la televizor a devenit pentru mulți copii o parte obișnuită din rutina zilnică. Copiii americani școlari petrec în realitate mai multe ore în fața televizorului decât la școala (Anderson și Lorch, 1983; Singer, 1983).

Televiziunea, în cea mai mare parte, nu este interactivă, ceea ce înseamnă că, deși are un efect asupra noastră, noi nu putem răspunde imediat. Din această cauză, televiziunea este mai mult decât o sursă de distracție, este un mijloc de a ne programa atitudinile și convingerile. Un aspect important este faptul că programele de televiziune ne influențează și prin ceea ce ignora ele, transmițând falsul mesaj că anumite aspecte ale vieții nu există.

Indiscutabil, televiziunea a îmbogățit cultura în multe privințe, aducând în case un spectru larg de distracții și programe educative. Mai mult decât atât, aceasta este o „fereastră către lume" care semnaleaza existența a diverse culturi și oferă un mijloc de a aborda probleme publice curente. În același timp, televiziunea distorsionează relațiile sociale atunci când susține stereotipuri tradiționale și când promovează violența.

Opinia publică este definită ca fiind atitudinea oamenilor dintr-o societate cu privire la unul sau mai multe subiecte controversate. Deși oamenii sunt mai influențați de grupele primare, atitudinile și valorile care sunt larg răspândite în societate sunt de asemenea importante în modelarea gândurilor și acțiunilor indivizilor.

Scanned with OKEN Scanner

Socializarea se bazează pe experiența socială în totalitatea ei, acest proces se petrecându-se de fapt pretutindeni. Din acest motiv, ea implică în mod inevitabil inconsecvențe; chiar în cadrul familiei, putem afla informații diferite de la diferiți membri ai familiei. În acest fel, socializarea nu este un simplu proces de învățare, ci un act complex care oscilează, în care indivizii au de-a face cu un spectru larg de idei în procesul de formare a propriei personalități.

De la a privi omul ca fiind complet dirijat în actiunile lui și până la a-l vedea ca participant în orice fel de interacțiune și ca negociator al propriului său rol social, sociologii au încercat să stabilească locul individului în socializare. În Tabelul 4, sunt prezentate trei modalități de abordare a proceselor care se desfășoară în cadrul socializării, în relație directă cu cabinetul dentar.

Tabelul 4. Socializarea aplicată la domeniul medicinei dentare

Situație	Exemplu	Sociolog
Omul este supus unor factori ficși și dependenți de mediul ambiant.	Dieta, în special dulciurile, pot fi considerate în strânsă legătură cu un proces de socializare fix, rigid, făcând schimbarea foarte difcilă.	PARSONS
Individului interacționează cu ceilalți, ceea ce conferă rezultatului final o anumită flexibilitate	Individul care dorește să aibă dinți sănătoși și se consultă deseori cu cei din jur (în special cu familia) asupra esteticii, îi poate cere și stomatologului anumite sfaturi pentru a fi satisfacut.	MEAD

Scanned with OKEN Scanner

Indivizii își expun propiile norme și valori și intră într-un dialog constant, într-o permanentă negociere, ceea ce oferă o flexibilitate foarte mare.	Un pacient care dorește mai degrabă un implant decât o proteza mobilă își expune propiile evaluări și păreri și motivează de ce vrea acest lucru.	COHEN

Educația, în cadrul procesului de socializare, este așadar mai mult decât o simplă învățare. Persoanele tinere sunt stimulate să își apropie anumite modele culturale, pentru că ele satisfac nevoile lor personale, în special trebuința de răspuns favorabil din partea celorlalți. Copilul care învață să mănânce frumos își satisface instinctul alimentar, dar într-un mod agreat de societate și comparabil cu alte modele culturale.

Majoritatea comportamentelor sunt învățate sub formă de configurații sau scheme organizate. Mult mai puține moduri de răspuns la situațiile exterioare sau interioare sunt elaborate direct, în urma propriei experiențe. De aceea, Linton consideră că modul în care o persoană răspunde la o situație dată indică educația pe care a primit-o mai degrabă decât personalitatea acesteia. Predispozițiile sale personale nu vor fi dezvăluite de răspunsurile sale conforme modelelor culturale ci, dimpotrivă, de acele comportamente care se abat de la reguli. „Nu tema dominantă, ci armonicele din comportament sunt semnificative pentru înțelegerea lui ca individ", subliniază antropologul american.

Cu cât un individ învață și respectă mai multe modele, cu atât mai bine integrat va fi el în societate și cu atât mai sigur va fi recompensat. Conformismul la regulile, la modelele culturale ale

Scanned with OKEN Scanner

grupului este expresia trebuințelor psihologice individuale. În momentul în care un membru al unui grup va avea un comportament aparte, care nu se va înscrie în modelele tradiționale, va fi perceput ca un „corp străin" și, în cele din urmă, îndepărtat.

Societatea este într-o permanentă schimbare, iar omul este nevoit să își însușească noi tipare culturale și să învețe noi comportamente. Acest lucru este posibil datorită acelei părți a personalității umane care este unică în fiecare ființă și care se va manifesta dincolo de acțiunea pe care societatea și cultura o exercită; această parte va realiza adaptarea la schimbările din jur și va elabora soluții eficiente la problemele noi. Schimbarea, inovația socială, sunt făcute de oamenii care au de suferit datorită condițiilor existente și care doresc să își satisfacă trebuințele personale. Cei care beneficiază de pe urma unei stări de fapt nu doresc schimbarea, ci chiar se opun de multe ori progresului, pentru a-și păstra bunăstarea și siguranța.

Scanned with OKEN Scanner

3. RELAȚIA MEDIC – PACIENT

Relația dintre medic și pacient, care definește în esență conținutul activității medicale, se dovedește a fi extrem de complexă și implică, pe lângă dimensiunile psihologice individuale ale actorilor ei, un ansamblu complex de aspecte de ordin social și cultural. „Ea poate fi la fel de bine văzută ca o relație socială, o relație psihologică sau o relație culturală" (G. Popescu, S. Radulescu,1981).

Relația medic – pacient este considerată deseori simplă, dar de fapt este una dintre cele mai complicate. În aparență este o legătură sinceră, directă, deschisă, între medic și cel care are nevoie de îngrijire. Analizată în profunzime însă, este o relație între două persoane care ajung la un acord în probleme de sănătate, boală și uneori viață și moarte. Din păcate, acest nivel profund al relației este deseori ignorat. A îngădui cuiva să aibă grijă de tine implică siguranță și confort, dar și emotii ca dependență și anxietate. Față de medici, pacienții nu își expun doar părți ale trupului, ei își exprimă gânduri și sentimente pe care nu le-ar spune altcuiva. Giddens considera că între încredere și sentimentul riscului există o relație simbiotica, concretizată în pericolul de a investi în ceilalți. A avea încredere în altul este ca un joc de noroc în care te bazezi pe capacitatea individului de a acționa cu integritate.

Scanned with OKEN Scanner

În caracterizările „medic bun" sau „medic nepregătit", pacientul ia în considerație deschiderea medicului în a-l înțelege. Pacientul vrea să simtă că poate investi încredere în cealaltă persoană. Astfel de așteptări nu apar în relația cu avocatul sau cu contabilul. În relația medic-pacient, acesta din urmă este încurajat să vorbească, să își descrie sentimentele, gândurile, simptomele fizice, dar aceasta relație de dezvăluire nu este reciprocă. Medicul ascultă și îi spune ce să facă pentru a rezolva aceste simptome.

3.1. Tipuri de relații medic-pacient

În analiza relației medic-pacient ca relație socială s-au impus mai multe puncte de vedere (Tabelul 5). Cunoașterea acestora ne ajută să înțelegem unele dificultăți ce pot fi experimentate de practician și de pacient.

3.1.1. Modelul consensual

Potrivit părerii lui Parsons, atât medicul, cât și pacientul reprezintă modele, „tipuri ideale" de comportament social. Cele două roluri sunt complementare: pacientul trebuie să caute îngrijire și să coopereze cu medicul, iar acesta trebuie să își aplice cunoștințele în beneficiul pacientului. Drepturile și obligațiile sociale prescrise au menirea de a reduce conflictul potențial din cadrul acestei relații, deși nu îl pot elimina în totalitate.

Din punctul de vedere al „cuplului de roluri complementare", medicul poate adopta față de bolnav mai multe atitudini: cea de tutore

Scanned with OKEN Scanner

În caracterizările „medic bun" sau „medic nepregătit", pacientul ia în considerație deschiderea medicului în a-l înțelege. Pacientul vrea să simtă că poate investi încredere în cealaltă persoană. Astfel de așteptări nu apar în relația cu avocatul sau cu contabilul. În relația medic-pacient, acesta din urmă este încurajat să vorbească, să își descrie sentimentele, gândurile, simptomele fizice, dar aceasta relație de dezvăluire nu este reciprocă. Medicul ascultă și îi spune ce să facă pentru a rezolva aceste simptome.

3.1. Tipuri de relații medic-pacient

În analiza relației medic-pacient ca relație socială s-au impus mai multe puncte de vedere (Tabelul 5). Cunoașterea acestora ne ajută să înțelegem unele dificultăți ce pot fi experimentate de practician și de pacient.

3.1.1. Modelul consensual

Potrivit părerii lui Parsons, atât medicul, cât și pacientul reprezintă modele, „tipuri ideale" de comportament social. Cele două roluri sunt complementare: pacientul trebuie să caute îngrijire și să coopereze cu medicul, iar acesta trebuie să își aplice cunoștințele în beneficiul pacientului. Drepturile și obligațiile sociale prescrise au menirea de a reduce conflictul potențial din cadrul acestei relații, deși nu îl pot elimina în totalitate.

Din punctul de vedere al „cuplului de roluri complementare", medicul poate adopta față de bolnav mai multe atitudini: cea de tutore

Scanned with OKEN Scanner

autoritar (nu dă nici o explicație, așteptând o ascultare fidelă), cea de mentor care își oferă cunoștințele de expert, cea de savant detașat care descrie în mod obiectiv avantajele și dezavantajele diferitelor posibilități terapeutice, lăsând pacientului libertatea de a alege, dar impunându-i responsabilitatea acestei alegeri, cea de părinte bun și protector, care caută să evite orice noutate dureroasă sau responsabilitate chinuitoare copilului său si în final cea de avocat al „adevărului înainte de toate", care spune pacientului și ceea ce nu este necesar și care gândeste că nimic nu e mai rău decât îndoiala (A. Athanasiu, 1983).

Din punct de verdere al medicului dentist, această temă a fost discutată de Davis (1976), Reisine (1981) și Petersen (1990). Ei au arătat relevanța rolului bolii și au ajuns la concluzia că acest model este mai des întâlnit ăn bolile acute decât în cele cronice. A avea o durere acută de dinți îi dă pacientului unele privilegii care îi permit să evite obligațiile zilnice, cum ar fi serviciul. Pretențiile bolnavului în ceea ce privește tratamentul și îngrijirile sunt caracteristice rolului său, iar acestea nu se opresc aici, ci merg până la locul de munca și în familie. La rândul său, doctorul își joacă și el rolul, acela al persoanei înțelegătoare și-i accepta pretențiile.

Cercetările ulterioare din domeniul sociologiei medicale au criticat limitele modelului elaborat de Parsons. Una dintre acestea se referă la caracterul monolitic al modelului: el nu definește decât un singur tip de relație medic-pacient, anume cea caracteristică bolilor acute.

Alt tip de critică se referă la postulatul asimetriei de roluri din cadrul relației; aceasta, deși se păstrează, trebuie nuanțată sub mai multe aspecte, fiind vorba în primul rând de nerespectarea de către un numar mare de bolnavi a indicațiilor și prescripțiilor date de medicii lor.

Scanned with OKEN Scanner

3.1.2. Modelul dependența reciprocă

Doi autori americani, psihiatrii Szasz și Hollender (1956), au reevaluat câteva aspecte ale modelului lui Parsons, în principal ideea reciprocității relației, considerând că nu există doar un singur model de relații terapeutice. Ei au identificat trei tipuri de relații medic-pacient, legate de simptomele organice ale pacientului, pe care le-au catalogat astfel (Tabelul 5):

- activitate-pasivitate
- conducere-cooperare
- participare reciproca

Tabelul 5. Tipuri de dependență recoprocă medic-pacient (sursa: I. Lupu și I. Zanc)

Model	Rol medic	Rol pacient	Aplicație clinică	Prototip
Activitate – pasivitate	Face ceva pentru pacient	Receptor pasiv (nu este în stare sa răspundă)	Anestezie, comă, răni grave	Părinte – copil mic
Coordonare – cooperare	Îi spune pacientului ce să facă	Cooperant (se supune)	Boli acute, infecții etc.	Părinte – adolescent
Participare reciprocă	Ajută pacientul să se ajute el însuși	Participant (în relație de parteneriat)	Boli cronice, psihanaliză	Adult – adult

Aceste trei tipuri de relații sunt inspirate din tipologia liderului făcută de Kurt Lewin: autoritar, democrat și permisiv. Cea mai comună este, probabil, relația de conducere – cooperare, mai ales în practica generală a consultațiilor.

Schema lui Szasz și Hollender omite un al patrulea tip de relații posibile, în care pacientul conduce și medicul cooperează (de exemplu, atunci când medicul scrie o rețetă sau o trimitere la cererea pacientului).

Originea sociala și contextul cultural joaca un rol foarte important în desfășurarea relației medic-pacient. Rezultatul va fi cu atât mai bun cu cât medicul și bolnavul vor fi mai apropiați din aceste puncte de vedere.

3.1.3. Modelul conflictual

Față de tipul de relații de mai sus, bazate pe înțelegere și așteptări reciproce, unii cercetători au atras atenția asupra conflictului potențial care există între medic și pacient. Acest conflict își are originea în interesele și perspectivele diferite pe care le au pacientul și medicul (Freidson, 1970).

Legăturile sociale și experiențele diferite ale medicului și pacientului se află mereu în conflict. Medicul percepe bolnavul și nevoile sale conform cunoștințelor sale de specialitate. Bolnavul percepe boala sa în funcție de exigențele vieții sale cotidiene și în acord cu contextul său cultural. Există așadar o diferență între perspectiva „culturii profesionale" a medicului și cea oferită de „cultura profană" a pacientului. Această „ciocnire a perspectivelor" este condiționată și de tipul de activitate medicală (pediatrie, neurologie), tipul de pacient (pasiv, cooperant), caracteristicile bolii etc.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru Freidson, medicina reprezintă, ca profesie, una dintre numeroasele grupe de interes existente în societate. Interesul personal al medicului se poate opune altruismului vehiculat prin retorica sa profesională. Pe de altă parte, pacientul este preocupat doar de afecțiunea lui și de tratamentul propriu. Medicul este responsabil însă de un număr mare de pacienți; el trebuie să decidă durata consultației, prelungirea spitalizării, efectuarea unui număr suplimentar de teste, fapte care ar putea cauza pacientului disconfort sau nemulțumire.

O alta serie de conflicte se pot naște din așteptările pe care le au medicii cu privire la comportamentul bolnavilor. „Pacientul ideal" este o persoană capabilă să își evalueze starea de sănătate cu suficient discernământ pentru a putea ști ce probleme trebuie supuse atenției medicului. Este subliniată astfel importanța educației pentru sănătate, care urmărește îmbogățirea cunoștințelor populației cu privire la starea de sănătate. Dar aceasta imagine a „pacientului ideal" contrastează cu dorința ca pacientul să accepte fără echivoc diagnosticul medicului și tratamentul prescris de acesta.

Conflictele din cadrul relației medic-pacient sunt „potențiale" și rareori îmbracă o formă deschisă. Atât medicii, cât și pacienții, pot folosi strategii de influențare a evoluției acestei relații în sensul atingerii scopului propus de fiecare dintre ei.

3.1.4. Modelul conflictual și de control

O recentă teorie despre comportamente a combinat punctele de vedere și modelele concepute de Szasz si Hollender pe de o parte, iar pe de altă parte pe cel a lui Freidson. Rezultatul a fost crearea și adoptarea

Scanned with OKEN Scanner

Pentru Freidson, medicina reprezintă, ca profesie, una dintre numeroasele grupe de interes existente în societate. Interesul personal al medicului se poate opune altruismului vehiculat prin retorica sa profesională. Pe de altă parte, pacientul este preocupat doar de afecțiunea lui și de tratamentul propriu. Medicul este responsabil însă de un număr mare de pacienți; el trebuie să decidă durata consultației, prelungirea spitalizării, efectuarea unui număr suplimentar de teste, fapte care ar putea cauza pacientului disconfort sau nemulțumire.

O alta serie de conflicte se pot naște din așteptările pe care le au medicii cu privire la comportamentul bolnavilor. „Pacientul ideal" este o persoană capabilă să își evalueze starea de sănătate cu suficient discernământ pentru a putea ști ce probleme trebuie supuse atenției medicului. Este subliniată astfel importanța educației pentru sănătate, care urmărește îmbogățirea cunoștințelor populației cu privire la starea de sănătate. Dar aceasta imagine a „pacientului ideal" contrastează cu dorința ca pacientul să accepte fără echivoc diagnosticul medicului și tratamentul prescris de acesta.

Conflictele din cadrul relației medic-pacient sunt „potențiale" și rareori îmbracă o formă deschisă. Atât medicii, cât și pacienții, pot folosi strategii de influențare a evoluției acestei relații în sensul atingerii scopului propus de fiecare dintre ei.

3.1.4. Modelul conflictual și de control

O recentă teorie despre comportamente a combinat punctele de vedere și modelele concepute de Szasz si Hollender pe de o parte, iar pe de altă parte pe cel a lui Freidson. Rezultatul a fost crearea și adoptarea

Scanned with OKEN Scanner

modelului de interacțiune medic – pacient a lui Stewart și Roter (1989), care ia în considerație și factorul cultural, stadiul și tipul bolii.

Acest model oferă patru tipuri diferite de relație: paternalist sau autocratic, mutualist (decizie participativă), consumist (bazat pe consumator) și absenteist.

Modelul paternalist sau autocratic. Imaginea stereotipă a doctorului din anii 1900 a fost aceea a unei figuri paterne, care consulta pacientul și îi dădea sfaturi. Odată cu „explozia" cunoștințelor științifice și medicale de la jumatatea anilor 1900, acest stil a inceput să fie și el din ce în ce mai mult dominat de schimbări; apropierea medicului de bolnav era bazată pe noile tehnici de tratament și pe cunoștințele acestuia. Dialogul a devenit foarte deschis: pacientul punea multe întrebări, dar medicul este cel care în final ia deciziile și domină interviul, chiar dacă acesta rămâne în termeni foarte călduroși.

În cazul celor grav bolnavi, medicul este cel care ia deciziile cele mai indicate pentru a-l ajuta și a-i salva viața. Unii pacienți chiar au nevoie de acest gen de medic, îl simt ca pe cineva care le da încredere, siguranță, cineva care-i protejează, se ocupă de binele lor și îi salvează.

Modelul mutualist. Unii medici găsesc stilul paternalist neconfortabil și de foarte putin ajutor. Ei preferă să adopte o relație interactivă, în care ambii își spun părerea. Medicul pune la dispoziție cunoștințele sale despre boală, modalitățile de tratament și posibilitățile de vindecare. Pacientul comunică toate indiciile și experiențele sale cu boala și în final, împreună, iau o decizie asupre tratamentului. În timpul acestui proces, relația e foarte călduroasă, empatică;

Scanned with OKEN Scanner

depinde totuși de personalitatea celor doi. Mutualitatea duce la diminuarea conflictului, deoarece ambii (medic și pacient) au controlul în mod egal și se ajunge la un echilibru.

Modelul bazat pe consumator. Medicii din care adoptă acest model descriu opțiunile, dar deciziile sunt lăsate în mâna pacienților și a celor apropiați lor. Acest stil e adoptat în bolile nu foarte grave sau în chirurgia plastică. Medicul răspunde întrebărilor bolnavului, acesta dominând anamneza. În funcție de boală și de situație, medicul poate deveni autoritar sau mai puțin flexibil. Stilul adoptat depinde și de personalitatea acestuia. Pacienții nemultumiți pot apela la alt doctor; uneori însă, ei sunt „obligați" să rămână la același medic, neavând opțiuni (de exemplu, în unele zone rurale).

Modelul absenteist. Stewart și Roter descriu situații în care ambii (pacient și medic) exercită un control foarte slab al interacțiunii, deoarece nici una dintre părți nu aacceptă exigențe din partea celeilalte.

Tipurile de relații descrise sunt considerate de bază; pe lângă acestea, mai există un alt tip de legătură ce se poate suprapune tuturor, dar căruia i se acordă cea mai mică importanță. Este cazul **relației lipsită de etică profesională** (Fromm si Reichman, 1950), în care medicul „folosește" pacientul în propiul interes. Această exploatare poate fi subtilă sau evidentă. Uneori, medicul o face fără intenții rele; alteori pentru că se atașează de pacient și consideră că îngrijirile trebuie să depășească limitele strict profesionale. Violarea acestor limite a fost numită **„panta alunecoasă"** (Gabbard si Nadelson, 1995) și duce la compromisuri serioase între cei doi, iar în final sunt dăunatoare bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 6. Modele de relații medic – pacient

Numele modelului	Caracteristici esențiale
CONSENSUAL	Individul adoptă „rolul de bolnav". Aceasta îi permite să evite responsabilitățile sociale și în același timp poate să-i pretindă stomatologului să recunoască faptul că are neplaceri serioase. **Exemplu:** Persoanele cu dureri dentare violente.
DEPENDENȚĂ RECIPROCĂ	În funcție de gradul de participare a stomatologului la înțelegerea exigentelor pacientul, există trei tipuri diferite de relație. **Exemplu:** Medicul încearcă să înțeleagă motivele pentru care pacienții insistă în schimbarea amalgamului cu „materialul alb".
CONFLICTUAL	Acest model afirmă că interacțiunea este conflictuală și că nici unul dintre cei implicați nu încearcă să o modifice. **Exemplu:** Medicul dentist doreste aplicarea unui tratament standardizat și acceptabil, respectiv restaurările cu amalgam, de care pacienții sunt foarte nemultumiti și pe care nu și le doresc.
CONFLICTUAL ȘI DE CONTROL	Modelul asumă varietatea în control. **Exemplu:** Medicul adoptă diferite stiluri de interacțiune. Modul în care încearcă apropierea de pacient ia în considerație caracteristicile acestuia și problemele dentare cu care se prezintă.

Scanned with OKEN Scanner

3.1.5. Strategii de control în relația medic – pacient

Atât medicul, cât și pacientul, pot folosi strategii de influențare a evoluției acestei relații, în sensul atingerii scopului propus de fiecare dintre ei. M. Morgan (1986) le-a împărțit în patru categorii:

Persuasiunea este strategia prin care pacienții încearcă să-l convinga pe medic că un anume tratament ar fi mai potrivit, prezentând informația despre acesta într-un mod în care ei consideră că ar putea convinge medicul să accepte propunerea lor.

Un studiu realizat asupra părintilor și a specialiștilor ORL a demonstrat că primii menționează diagnosticul medicului generalist, conform căruia ar fi necesară tonsilectomia, în loc să spună direct că ei sunt cei care consideră ca amigdalele copilului ar trebui scoase. Ideea de la care se pornea era aceea că specialistul va fi mai impresionat de părerea generalistului decât de cea a pacientului.

„Decât să accepte sugestia sau cererea bolnavului, mult mai bine ar fi ca medicul să încerce și el să-l convingă că tratamentul său este mai eficient, dându-i o mulțime de dovezi sub formă de analize de laborator sau exemple din experiența sa anterioară legată de tratarea unor pacienți cu afecțiuni similare. Uneori, acest lucru poate fi însoțit de un avertisment legat de ceea ce s-ar putea întampla dacă i se neglijează sfatul"(M. Morgan, 1986).

Negocierea este strategia prin care medicii si pacienții ajung la un compromis; el poate fi aplicat în privința orarului, dietei sau chiar a tratamentului. Un exemplu concret este cel al persoanelor care nu se prezintă la consultațiile programate, motivând absența cu scoala, serviciul, familia; în aceste cazuri, medicul poate ajunge la un compromis cu pacientul prin negocierea orarului.

Scanned with OKEN Scanner

Incertitudinea funcțională este un tip de strategie folosit atunci când medicul, fiind sigur de evoluția bolii sau de rezultatul terapiei, prelungește în mod deliberat incertitudinea pacientului, pentru diferite scopuri, între care și cel managerial. În felul acesta, se economiseste timp, se evită scene emoționale între bolnav și familie, iar medicul își poate menține autoritatea asupra persoanei respective; un pacient nesigur lasă mai ușor decizia în seama medicului.

Comportamentul non-verbal este un instrument care poate fi foarte eficient și util în influențarea pacientilor, reactiile non-verbale jucând un rol important în influențarea calității informației comunicate. În urma unor studii, s-a ajuns la concluzia că în procesul comunicării, doar 8% din importanța unui mesaj e vehiculată prin cuvinte, 12% prin felul în care acestea sunt pronuntate și 80% prin gesturi (A.Chelcea și S.Chelcea, 1978).

Medicii au poziția dominantă în relația medic-pacient, datorită statutului lor profesional, fiind cel care inițiaza și controlează dialogul cu pacientul, iar posibilitatea pacientului de a influența conversația depinde de nivelul educației, al cunoștințelor sale medicale, de gradul de disconfort provocat de boală și de abilitatea lui de a-și exterioriza trăirile.

De exemplu, o înclinare a capului exprimă aprobare, o clătinare a capului exprimă un refuz politicos, iar un zâmbet sau un semn încurajator poate indica continuarea discuției sau a relației respective. Răsfoirea continuă a fișelor sau notițelor, evitarea contactului vizual cu pacientul, manevrarea continuă a pixului, postura lascivă sau înclinată spre spate, pot indica lipsa de interes din partea medicului și pot avea drept consecință blocarea deschiderii spre comunicare a pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

Byrne și Long (1976) au identificat pe baza analizei a peste 2500 de consultații, două tipuri de anamnezã model, care se deosebesc prin oportunitatea acordată participării pacienților. În trei sferturi din cazuri a fost întâlnit un tip **centrat pe medic**, care se caracterizeaza printr-o abordare directă, folosirea unui tip de interviu strâns controlat pentru stabilirea diagnosticului într-un timp cât mai scurt, în care pacienților li se blochează tentativele de descriere a simptomelor și stărilor lor sufletesti. Un alt tip, **centrat pe pacient**, este cel în care medicul acordă mai mult timp și importanță conversației cu pacientul, în care îi ascultă problemele, le analizeaza și le clarifică, interpretând simptomele și afirmațiile lui. Datorită lipsei de timp, de cele mai multe ori se aplică primul model, cel centrat pe medic.

3.2. Comunicarea în relația medic – pacient

Comunicarea este procesul cheie în medicină, fie că este vorba de comunicarea dintre medic și pacient, fie între diverși profesionisti și public în general. Cea mai importantă este comunicarea între medic și pacient, pentru că ea furnizează, în bună parte, datele necesare stabilirii diagnosticului; mai mult, medicul poate interveni nu numai în tratarea diverselor afectiuni, ci și în consilierea pacientului pentru rezolvarea problemelor generate de boală.

Comunicarea efectivă între medic și pacient are efecte benefice atât asupra raspunsului fiziologic și psihologic al pacientului în procesul terapeutic, cât și în privința respectării indicațiilor medicale și a satisfacerii cerințelor bolnavului în legătură cu practica medicală.

Scanned with OKEN Scanner

3.2.1. Definițiile comunicării

În sens general, comunicarea este procesul de transmitere, recepționare, stocare, prelucrare și utilizare a informațiilor. Prezența ei caracterizează atât individul, cât și societatea pe toate treptele dezvoltării lor.

Comunicarea este modul fundamental de interacțiune psihosocială, realizat prin intermediul simbolurilor și semnificațiilor social-generalizate ale realității, în vederea obținerii stabilității sau a unor modificări de comportament individual sau la nivel de grup.

„A comunica nu înseamnă numai a emite și a primi, ci a participa, la toate nivelurile, la o infinitate de schimburi felurite care se încrucișează și interferează unele cu altele" (Robert Escarpit).

„Cuvântul comunicare are un sens foarte larg, el cuprinde toate procedeele prin care un spirit poate influența un alt spirit. Evident, aceasta nu include numai limbajul scris sau vorbit, ci și muzica, artele vizuale, teatrul, baletul și, în fapt, toate comportamentele umane. În anumite cazuri, este poate de dorit a lărgi și mai mult definiția comunicării prin a include toate procedeele prin care un mecanism afectează un alt mecanism" (Shannon & Weaver).

Procesual, activitatea de comunicare constă în transmisia și schimbul de informații (mesaje) între persoane, de impresii și comenzi, în împărtășirea unor stări afective, a unor decizii raționale și judecăți de valoare, cu finalitatea clară de a obține efecte în reprezentările și opiniile indivizilor și în practicile lor sociale. Necesitatea de a comunica cu alți oameni, arata Marx, a stat la baza formării limbii și conștiinței umane. Procesele de comunicare umană sunt indispensabile în constituirea oricărui grup social, în organizarea activităților

Scanned with OKEN Scanner

comune și conducerea acțiunilor lor colective, precum și în influențarea educativă a persoanelor.

John Fiske definește comunicarea drept interacțiune socială prin intermediul mesajelor și delimitează două mari școli care au teoretizat acest domeniu:

- școala proces, care vede comunicarea ca transmitere a mesajelor. Important este modul în care emițătorul și receptorul codează și decodează un mesaj, precum și modul în care sunt folosite canalele de comunicare. Dacă efectul comunicării este diferit de cel așteptat, se interpretează aceasta drept un eșec, iar problema este căutată pe parcursul procesului de comunicare. Este studiul **actelor** de comunicare.
- școala semiotică definește comunicarea drept un schimb de sensuri (semnificații). Este studiată interacțiunea dintre mesaje și oameni pentru a produce înțelesuri, acestea din urmă determinate cultural. Neînțelegerea comunicării nu este datorată unei disfuncționalități în proces, ci rezultă din diferențele culturale dintre emițător și receptor. Este studiul **producerii** comunicării.

3.2.2. Școala proces

Modelul Shannon și Weaver. Cel mai simplu proces de comunicare presupune un **emițător** care, folosind un anumit limbaj, codifică un **mesaj** ce va fi transmis, un **canal** reprezentat de un mediu fizic care asigură transmiterea nealterată a mesajului și un **receptor** care primește mesajul, îl decodifică și îi identifică sensul. Adevărata comunicare presupune dialog și interacțiune.

Scanned with OKEN Scanner

Emițătorul (sursa) este persoana care generează și oferă informații, construind un mesaj și care inițiază comunicarea. Sursa trebuie să îndeplinească două condiții: credibilitatea și atractivitatea.

Credibilitatea se referă la valoarea, prestigiul, autoritatea și încrederea care pot fi acordate sursei. Pentru a fi credibile, sursele trebuie să aibă *competență și autenticitate. Competența* se referă la abilitatea sursei de a fi bine informată, de a comunica și de a exprima informațiile în mod clar, coerent și accesibil către receptori. Pentru a fi *autentică*, sursa trebuie să fie demnă de încredere, să transmită mesaje în mod sincer, natural, cu acuratețe și fără părtinire, fără a urmări interese personale.

Atractivitatea sursei se referă la modul în care se prezintă în față receptorilor: înfățișare fizică, ținută vestimentară, limbajul, tonul vocii.

Exemple de surse: primare (cercetători, profesori universitari, medici) și secundare (medici de familie sau pediatri, asistenți medicali, familia, colegii, mass- media, etc.).

Mesajul este unitatea fundamentală a procesului de comunicare, alcătuit din cuvinte, semne, sunete, imagini ce rezultă din procesul de codificare, pentru a fi mai ușor recunoscut de receptor, prin decodificare. În educația pentru sănătate, mesajul trebuie să fie atragator, interesant, cu idei noi, trebuie să fie accesibil (clar, logic, concis), acceptabil (să nu șocheze mentalitatea receptorilor), direcționat (receptorii să creadă că lor le este adresat), convingător (persuasiv) și redundant (să fie repetat de mai multe ori). Aceasta datorită indicatorilor de retenție ai mesajului, care arată că din ceea ce auzim, reținem 10%, din ceea ce vedem, reținem 25%, din ceea ce facem, știm 60%, iar din ceea ce descoprim și învățăm pe alții, reținem 90%.

Scanned with OKEN Scanner

Receptorul este persoana care primește și acceptă mesajul. Cercetările de psihologie arată că impactul comunicării depinde de caracteristicile individuale ale receptorilor (personalitate, motivație, sistem de valori, stare fizică și afectivă).

Modelul Lasswell este specific comunicării în masă. Pentru a înțelege procesul comunicării, trebuie să răspundem la următoarele întrebări: cine? ce spune? prin ce canal? cui? cu ce efect? Prin „efect", autorul înțelege că o schimbare observabilă și măsurabilă a stării receptorului este cauzată de un element din cadrul procesului de comunicare.

Modelul Jacobson. Autorul este preocupat atât de structura internă a mesajului, dar și de semnificația lui, construind o punte între cele două școli (proces și semiotică). El introduce conceptele de „context" al comunicării, de „contact" (canalul de comunicare și conexiunile psihologice ce se stabilesc între emițător și destinatar) și codul (complexul de semnificații împărtășite, prin intermediul cărora s-a construit mesajul).

3.2.3. Școala semiotică

Modelele acestei școli iau în considerare situarea mesajului pe două axe, informațională și simbolică. Astfel, mesajul se situează la intersecta dintre două procese: comunicare și reprezentare. Pe axa comunicării, mesajul trece de la emițător la receptor. Pe axa reprezentării, mesajul transformă realitatea într-o imagine mentală a realității.

Astfel, semiologia se ocupă cu stabilirea relațiilor dintre **semnificant** (existența fizică a semnului, cuvântul scris sau rostit) și **semnificat** (conceptul mental pe care cuvântul îl exprimă). Atribuirea de semnificații este diferită de la o cultură la alta și de la o societate la alta.

Scanned with OKEN Scanner

3.2.4. Noile modele ale comunicării

Conform noilor teorii, lumea comună, spatiul public, sensul împărtășit al relațiilor dintre oameni sunt permanent modelate prin intermediul acțiunii conjugate a participanților la comunicare.

Axiomele de la Palo Alto. Această școală încearcă să stabilească legături între mecanismele care reglează raporturile dintre indivizi și mecanismele care reglează raporturile sociale și organizaționale. Au fost formulate câteva principii de comunicare interumană:

1. Nu există non-comunicare (comunicarea este inevitabilă)
2. Comunicarea se desfășoară la două niveluri: informațional și relațional (acesta oferă informații de interpretare a continutului celui dintâi)
3. Comunicarea este un proces continuu, care nu poate fi tratat în termeni de cauză – efect sau stimul – răspuns
4. Comunicarea îmbracă fie o formă digitală (verbală), fie una analogică (orice comunicare non-verbală)
5. Orice proces de comunicare este simetric sau complementar, în functie de elementul pe care se bazează (egalitate sau diferență)
6. Comunicarea este ireversibilă. Odată emis, mesajul produce efecte directe sau indirecte, mai rapid / mai întârziat, pe termen scurt / de durată.
7. Comunicarea presupune procese de ajustare și acordare, atunci când vorbitorii dau sensuri diferite mesajului.

Scanned with OKEN Scanner

3.2.5. Scopurile comunicării

Stanton (1995) consideră că scopurile comunicării sunt să fim recepționați (auziți / citiți), să fim înțeleși, să fim acceptați și să provocăm o reacție (o schimbare de atitudine sau de comportament.

3.2.6. Clasificările comunicării

Comunicarea poate fi: **verbală,** reprezentând 7% din ceea ce se comunică și **nonverbală,** reprezentând 93% (paralimbajul sau comunicarea paraverbală, adica tonul vocii și ritmul dau 38%, iar mimica și gesturile reprezintă 55%).

Comunicarea poate fi **lingvistică** cu ajutorul limbii articulate, **paralingvistică,** cu ajutorul tonului, a inflexiunilor și a ritmului vocii, și cea **extralingvistică**, folosind mijloace nonverbale.

Comunicarea poate fi **intrapersonală** – comunicarea în și către sine, comunicarea **interpersonală** – între persoane, **comunicarea de grup** – între membrii grupurilor și **comunicarea prin mass-media** – către marea masa de indivizi.

3.2.7. Comunicarea verbală

Comunicarea verbală poate fi efectuată prin **cuvinte rostite** formal (cu clienți, cu pacienți) și informal (cu prietenii, colegii, familia); se poate realiza prin **cuvinte scrise** (tipărituri, scrisori, cărți, e-mail).

Cele doua ipostaze ale limbajului verbal – scrisul și vorbitul – se deosebesc între ele prin câteva trăsături definitorii. Limbajul scris „exprimă în cele trei dimensiuni ale spațiului ceea ce limbajul fonetic în unica dimensiune a timpului"(A. Leroi-Gourhan, 1983). Modul de exprimare a gândurilor se modifică în cele două forme. Limbajul scris

Scanned with OKEN Scanner

imprimă gândirii o „locomoție rectilinie", după expresia aceluiași autor: privilegiază raționamentul, rigoarea termenilor, formulările clare. Comunicarea scrisă implică formulări definitive, exclude negocierea sensurilor între emițător și receptor, care pot fi separați în spatiu și timp, este logică, precisă și suficientă sieși.

Limbajul oral se caracterizează printr-un registru mai larg de manifestări, prin intervenția factorilor extra și paralingvistici care-l însoțesc, prin influența decisivă a cadrului situațional în care se desfășoară comunicarea.

În cadrul relatiilor interumane, limbajul oral capătă particularități și nuanțe în functie de sexul, vârsta și statusul social al interlocutorilor. În perioada adolescenței, limbajul este impregnat de funcții emoțional – expresive, lucide, interpretative și persuasive. În adolescență, aceste funcții se dezvoltă și se diversifică în strânsă dependență de statusul social. La bătrânețe, vorbirea expozitivă începe să fie utilizată mai puțin, devenind mai activ limbajul interior. Uneori apare și mania de a vorbi singur, chiar și pe stradă. Pot apărea reticențe de utilizare a limbajului oral, fie datorită unor deficiențe amnezice, fie datorită pierderii interesului pentru diferite subiecte.

Pornind de la elementele de bază ale comunicării, Jakobson deosebește șase funcții ale limbajului în comunicare, după cum cade accentul pe unul sau altul din cele șase elemente ale comunicării:

1. Funcția emotivă – se îndreaptă asupra transmițătorului, având drept scop „exprimarea directă a atitudinii vorbitorului față de cele spuse de el".

Scanned with OKEN Scanner

2. Funcția conativă sau persuasivă – este concentrată asupra destinatarului, urmărindu-se obținerea unui anumit tip de răspuns din partea lui.
3. Funcția referențială, denotativă sau cognitivă – este îndreptată asupra referentului, interesează în primul rând semnificația, conținutul exprimat.
4. Funcția fatică – se referă la contactul interlocutorilor, la conexiunea lor psihologică și deci la controlul funcționării canalului de comunicare între ei.
5. Funcția poetică – se concentrează asupra mesajului, modului de exprimare, formei (în poezie, de examplu).
6. Funcția metalingvistică – face trimitere la codul utilizat.

Cele șase funcții definite de Jakobson coexistă de fapt în orice tip de comunicare. Nu e vorba de „monopolul" uneia din ele, spunea el, căci „ ar fi greu să găsim vreun mesaj verbal care să îndeplinească numai o singură funcție", ci e vorba de predominanța uneia din ele, care determină și structura verbală a mesajului. O caracteristică definitorie a limbajului o constituie marea sa productivitate: orice utilizator poate construi mesaje, enunțuri inteligibile pentru orice interlocutor ce aparține aceleiași comunități lingvistice, cu privire la orice subiect real sau imaginar. Acest lucru, precum și posibilitatea oferită de limbaj de a relata despre evenimente și situații în *absentia*, creează posibilitatea manifestării unor subclase degradate de mesaje, anume zvonurile și minciuna.

Situațiile de comunicare influentează într-o măsura considerabilă utilizarea limbajului verbal. În cadrul lor, distingem ca elemente esențiale: rolurile sociale, cadrul fizic, cadrul social,

Scanned with OKEN Scanner

contextul lingvistic și extralingvistic, precum și momentul desfășurării comunicării. Între aceste elemente trebuie să existe o anumită compatibilitate pentru ca relația de comunicare să se desfășoare eficient (de exemplu, dialogul medic – pacient se desfășoara într-un cadru bine determinat, cel al cabinetului de consultație).

În funcție de rolul jucat, vorbitorul alege anumite registre de vorbire; alt registru utilizează, de exemplu, un părinte când vorbeste cu un copil, altul atunci când se adresează soției sau când vorbește cu proprii părinți. Registrele sunt deduse din practica socială și culturală, pe care le alternează în funcție de rolurile pe care le adoptă.

În comunicarea curentă, comunicarea prin limbaj verbal se împletește cu comunicarea prin mijloace nonlingvistice (gestuale, figurative), comunicarea prin limbă se face „concomitent cu metacomunicarea de relații interpersonale" (Habermas, 1983). Mai mult, comunicarea umană poate atinge performanțe superioare când se întemeiază pe modalități extralingvistice, pe așa-numitele „expresii ale trăirii" (Habermas, 1983).

Revenind la discuția despre comunicarea în practica medicală, însușirea unei înalte competențe comunicative trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniștii din domeniul sănătății, în special pentru medici. Aceasta presupune recunoașterea și descifrarea corectă a mesajelor verbale și nonverbale transmise de pacient, pe de o parte, și utilizarea modalităților de comunicare adecvate pentru a transmite informații pacienților, în funcție de situația de comunicare existentă, pe de alta parte (tipologia pacientului, gravitatea bolii, etc). Ameliorarea relației de comunicare medic-pacient se poate realiza numai prin înțelegerea complexității și subtilității comportamentelor interpersonale (de exemplu,

Scanned with OKEN Scanner

comportamente de tipul ipohondriei, seductiei, furiei) și înțelegerea nevoilor sociale și psihologice ale pacienților (șomaj, condiții de muncă stresante, singurătate, depresie, tristețe, stare conflictuală afectivă).

Studii asupra comunicării și complianței terapeutice oferă date referitoare la dificultățile în comunicare. Întrebați dacă au primit informații suficiente despre diagnostic, etiologie, tratament și prognostic în timpul consultației, în cadrul unui studiu din anul 1975, 70-79% dintre pacienți au declarat că au primit informații despre diagnostic, tratament și prognoză, 61% au răspuns ca au primit date suficiente despre etiologie, iar 31% au răspuns că nu au primit nici un fel de informații. Folosind un criteriu de evaluare a satisfacției privind informația primită, doar 56% dintre pacienți au simțit că au fost pe deplin informați (D. Locker, 1986). Într-un alt studiu (Cartwright și Anderson, 1981) doar 23% dintre pacienți au afirmat că medicul lor a reușit să le explice satisfăcător starea lor de boală.

Abilități în comunicare

În capitolul precedent s-a văzut importanța comunicării interpersonale în general și în medicină în special. O comunicare efectivă însă depinde de abilitățile de comunicare ale medicului; este o mare diferență între calitățile de comunicare și cele profesionale. Sunt medici care posedă doar una și alții cărora le lipsesc ambele.

De medic depinde gestionarea fiecărui caz în parte; el trebuie să găsească soluții pacienții să devină cooperanți în dialog și în respectarea recomandărilor.

Iată ce vor, în general, pacienții de la medicul dentist:

- Să fie într-adevăr ascultați și înțeleși

Scanned with OKEN Scanner

- Să simtă că subiectele relatate și opiniile lor contează
- Să simtă suportul moral de care au nevoie
- Comportament prietenos, respect, atenție
- Prevenirea sau diminuarea durerilor
- Să lucreze repede, dar cu maniere calme, liniștitoare
- Să li se explice clar, detaliat și pe înțelesul lor problemele pe care le au și ce li se face în timpul tratamentului.

Calitățile de comunicator se pot îmbunătăți cu fiecare pacient în parte; aceasta prin răbdare, ascultare, atentie, întrebări. De la fiecare om învățăm ceva și ne îmbogățim experiența.

3.2.8. Comunicarea non-verbală

Comunicarea verbală a informațiilor este îmbogățită printr-un ansamblu de procedee non-verbale: mimică, gestică, postură, expresie facială, privire, tonul și ritmul vorbirii, etc. În comunicarea umană se utilizează un registru larg de semne non-verbale, dar toate „strălucesc într-o lumină reflectată", adică înlocuiesc semnele verbale sau sunt traduse în procesul interpretării în semne verbale, fiind saturate de semnificația conferită de acestea.

Mijloacele non-verbale ce secondează comunicarea verbală au un registru bogat de manifestări. Ele formează adevarate „limbaje", care pot accentua, completa, contrazice, repeta sau chiar substitui limbajul verbal. Aceste mijloace sau indici non-verbali ai comunicării sunt grupate de N. Hayes și S. Orrell (1997) în opt tipuri: paralimbajul, contact vizual, expresii faciale, postura, gesturi, atingere, proximitate și îmbrăcăminte. N. Stanton (1995), la rândul lui, dă o lista de unsprezece indici non-verbali, care cuprinde: expresia feței (un

Scanned with OKEN Scanner

zâmbet, o încruntare); gesturi (mișcarea mâinilor și corpului pentru a explica sau accentua mesajul verbal); poziția corpului (modul în care stăm, în picioare sau așezați); orientarea (dacă stăm cu fața sau cu spatele către interlocutor); proximitatea (distanța la care stăm față de interlocutor); contactul vizual (dacă privim interlocutorul sau nu, intervalul de timp în care îl privim); contactul corporal (o bătaie ușoară pe spate, cuprinderea umerilor); mișcări ale corpului (pentru a indica aprobarea / dezaprobarea sau pentru a încuraja interlocutorul să continue); aspectul exterior (înfățișarea fizică sau vestimentația); aspectele non-verbale ale vorbirii (variații ale înălțimii sunetelor, tăria lor și rapiditatea vorbirii, calitatea și tonul vocii, denumite paralimbaj); aspectele non-verbale ale scrisului (scrisul de mână, așezare, organizare, acurateță și aspectul vizual general).

Tabelul 7. Clasificarea indicilor non-verbali ai comunicării

INEFICIENȚI (care întrerup sau îngreunează comunicarea)	**FORME NON-VERBALE DE COMUNICARE**	**EFICIENȚI** (care încurajează comunicarea, dovedind aprobare și respect pentru interlocutor)
Îndepărtată (foarte mare) sau apropiată (foarte mică)	**Distanța**	Aproximativ egală cu lungimea brațelor
Dispersată spre mai multe activități	**Atenția**	Consacrată total interlocutorului
De îndepărtare sau apropiere reticentă	**Deplasarea**	De apropiere (aplecare spre interlocutor)

Scanned with OKEN Scanner

Rigidă, lascivă, așezat, înclinat spre spate	**Postura**	Relaxată, dar atentă, așezat, ușor înclinat în față
Absent, sfidător, intermitent	**Contactul vizual**	Permanent, cuviincios, îl privește în ochi pe interlocutor
Grăbit, nu își întrerupe activitățile anterioare	**Timpul**	Răspunde prompt, își consacră timpul în întregime interlocutorului
Folosite pentru a impune distanța față de interlocutor	**Poziția picioarelor și mâinilor (șezând)**	Lipsită de ostentație, retrase, nu deranjează
Folosită ca barieră	**Mobilierul**	Folosit pentru a apropia persoanele
Tipătoare, neglijentă, provocatoare	**Îmbrăcămintea**	De bun gust, decentă
Privire opacă, încruntare, în discrepanță cu sentimentele	**Expresia facială**	Zâmbitoare, în concordanță cu sentimentele
Distrag atenția de la discurs, în discordanță cu vorbirea	**Gesturile**	Pun în evidență cuvintele, calde, relaxante
Evidente, stânjenitoare	**Manierismele (comportamente bizare)**	Absente sau nederanjante
Foarte puternic sau foarte slab	**Volumul vocii**	Moderat, ușor de înțeles
Precipitat, nerăbdător sau stacatto; foarte rar sau ezitant	**Ritmul vocii**	Moderat sau mai scăzut
Apatic, adormit sau forțat, nervos	**Nivelul atenției**	Alert pe tot parcursul conversației

Scanned with OKEN Scanner

Alți autori (R. Birdwhistell, A. Pease, M. Dinu) vorbesc despre limbajul tăcerii, limbajul spațiului și limbajul corpului (ultimul înglobând majoritatea indicilor amintiți înainte).

Limbajul tăcerii. Tăcerea, departe de a fi lipsă de comunicare, este încărcată cu profunde semnificații comunicative. Ea se leagă de ascultarea și recepționarea corectă a mesajelor. Folosind-o cu pricepere, putem stimula comunicarea; încurajând răspunsurile, tăcerea devine un puternic instrument de comunicare. Ascultarea nu e un proces pasiv, ci presupune înțelegerea, interpretarea și integrarea informației primite. Astfel spus, un bun ascultator câștigă: informație, înțelegere, receptare (ascultare) reciprocă și cooperare.

Limbajul spațiului. Fiecare individ are tendința de a-și revendica un spațiu al său, spațiul din jurul trupului său, pe care-l marchează imaginar, îl consideră drept spațiul sau personal, ca o prelungire a propiului său trup. Încălcarea acestuia lezează profund individul, creează disconfort, stânjeneală și chiar stări conflictuale. Fiecare individ tinde să mențină distanța între el și celalalte persoane sau lucruri. Își creaza un „spațiu tampon" de o anumită mărime, formă sau grad de permeabilitate, care are importante funcții psihosociale: de protecție, intimitate, siguranță, odihnă, revenire, etc.

Distanțele spațiului personal variază în funcție de o serie de parametri sociali, culturali, demografici, etc.; De exemplu, oameni din zonele rurale au un spațiu personal mai mare decât cei de la oraș, copiii au nevoie de un spațiu personal mai mic decât adulții, iar bărbații de unul mai mare decât femeile. Respectarea acestui spațiu este foarte importantă pentru o comunicare efectivă.

Scanned with OKEN Scanner

Paralimbajul se referă la aspectele non-verbale ale vorbirii, aspecte de ordin vocal, fără a fi însă cuvinte. Acestea dezvăluie o mulțime de informații despre vorbitor, despre emoțiile și sentimentele sale, despre atitudinea sa față de mesajul verbal pe care îl transmite. Ca elemente ale paralimbajului, sunt de reținut: tonul, inflexiunea și înălțimea vocii, ritmul sau fluența vorbirii, pauzele, cuvintele de umplutură (of, uh, aa..., stiti, deci...), oftatul, tusea semnificativă.

Contactul vizual are o poziție privilegiată în emiterea și receptarea semnelor interpersonale, fiind apreciat de multi autori ca cel mai puternic indice non-verbal. Acest lucru e datorat cel puțin următoarelor motive:

- Multe din aprecierile noastre cu privire la alte persoane se bazează pe durata și timpul contactului vizual pe care îl avem cu acestea.
- Este un puternic indicator al stărilor interioare (privirea poate fi încărcată de dragoste / ură, poate fi indiferentă/nu, etc.).
- Are o mare putere de influențare a sentimentelor și voinței (de la privirea sinceră, care convinge, până la efectele spectaculoase ale hipnozei).

Contactul vizual îndeplinește patru funcții în comunicare: reglarea fluxului conversației, furnizarea de feed-back, exprimarea emoțiilor și semnalarea naturii relației dintre interlocutori.

Expresia facială. Fața reprezintă cel mai puternic mijloc non-verbal de comunicare a ideilor și emoțiilor. Mușchii feței îi conferă acesteia o mobilitate deosebită. Prin mișcări fine ale sprâncenelor, buzelor, ochilor, dilatarea pupilei, direcția privirii, culoarea pielii,

Scanned with OKEN Scanner

etc., fața poate crea expresii subtile și rapide, comunicând o gamă extrem de variată de mesaje.

Ekman distinge optsprezece tipuri de informații pe care le poate furniza fața omenească, între care se numără temperamentul, inteligența, emoțiile, dispoziția, frica, vârsta, starea sănătății.

Adoptarea de către interlocutor a expresiei faciale potrivite atunci când o persoană îi vorbește este un semn că persoana respectivă este ascultată cu atenție. Comunicarea prin intermediul expresiei faciale este eficientă atunci când conținutul mesajelor verbale este congruent cu expresiile faciale.

Atitudinile și pozitiile corporale. Modul în care stăm în picioare, așezați sau ne mișcăm transmite o serie de atitudini complexe. De exemplu, persoanele care doresc să coopereze au tendința de a sta unul lângă altul; cei care sunt în adversitate tind să stea față în față, iar la o masa, amplasamentul în unghi drept sau de colț e cel mai favorabil conversației.

În același mod, poziția corpului poate da, uneori involuntar, o mulțime de indicii: starea socială, dorința de dominatie, supunerea, etc. Stilul de a merge, de a se așeza, de a sta poate reflecta imaginea propiei persoane, încrederea în sine, starea emoțională sau atitudinea față de ceilalți.

Gesturile reprezintă modalități obișnuite de comunicare nonverbală a informațiilor. Unele sunt *universale*, au aceeași semnificație pretutindeni, cum ar fi: ridicarea din umeri pentru nedumerire, mișcarea capului de sus în jos pentru aprobare, etc. Altele au determinare culturală *specifică*, de exemplu: gestul „inel" înseamnă

Scanned with OKEN Scanner

„OK" în America, „zero" în Franța, „bani" în Japonia, semn al homosexualilor în Malta și „moarte" în Tunisia.

N. Stanton (1995) scria că gesturile servesc în comunicare, la realizarea a cinci scopuri principale: comunicarea informației, comunicarea emoției, susținerea discursului, exprimarea imaginii de sine și exprimarea prieteniei.

Gesturile pot fi deliberate (comunică ceva), spontane (ca rezonanță a stărilor emoționale), sau pot fi simulate. Uneori sunt conștiente, iar alteori inconștiente; uneori voluntare, alteori involuntare (ticuri).

Atingerea, ca formă de comunicare non-verbală, este strâns legată de idea de spațiu personal. Deși considerată cea mai veche formă de comunicare, atingerea corpului de către diferite persoane este permisă – cultural vorbind – foarte selectiv; ea depinde de vârstă, sex, status social, gradul de apropiere a interlocutorului.

În comunicarea tactilă s-au stabilit cinci tipuri de atingeri: care transmit emoții pozitive, atingeri în joacă, atingeri „de control", atingerea „rituală" și atingerea în alt scop decât comunicarea propiu zisă.

Modalitatea non-verbală a comunicării este frecvent întrebuințată în procesele de instruire, învățământ, medicină. În practica medicală, se completează informațiile verbale date de pacient pentru stabilirea diagnosticului printr-un număr de informații non-verbale.

Cercetările făcute în domeniul comunicării au demonstrat existența unei legături directe între nivelul de pregătire, statusul social și disponibilitățile de vorbire ale unei persoane și numărul de gesturi utilizate de ea pentru a transmite un mesaj. Acest lucru este ilustrat cel mai bine de experimentele lui Basil Bernstein: un grup de copii

Scanned with OKEN Scanner

școlari privesc o carte cu benzi desenate în fața unui adult care urmărește textul într-o carte. Copiii trebuie să descrie ceea ce văd – să repovestească cu voce tare episodul din benzile desenate. Unii nu pot transmite decât un numar mic de informații (au un cod restrâns), în timp ce alții descriu complet conținutul imaginilor, surprinzând detalii și nuanțe (cod elaborat).

Bernstein vrea să arate că acei copii care provin din mediile defavorizate întrebuințează doar codul restrâns, în timp ce copiii care provin din medii educate întrebuințează ambele coduri. Autorul nu consideră că fiecare clasă sociala ar avea un limbaj distinct; raportul cod restrâns / cod elaborat variază în funcție de importanța care se dă în familie însușirii și folosirii corecte a limbajului. Astfel, în clasele educate, se acordă atenție discursului; copilul este învățat să reformuleze frazele incorecte, să reflecteze asupra celor rostite și să-și exprime sentimentele. În mediile populare, limbajul (limbajul comun) vizează în primul rând respectarea unor norme. Sunt exprimate evidențele și nu sunt căutate semnificații noi. Altfel spus, copiii comunică mai ales experiența practică și sunt prea putin interesați de ideile abstracte.

Teza lui Bernstein este numită și *teza deficienței lingvistice*. El susținea că, pentru a-și depăși condiția, prima etapă pe care ar trebui să o parcurgă un individ ar fi învățarea limbajului elaborat. Autorul nu ține cont însă de faptul că majoritatea oamenilor nu își părăsește mediul de origine. De aceea, poate că nu este atât de important să accentuăm **cauzele** care au determinat această distincție între limbaje. Mult mai utilă este analiza **raporturilor pe care aceste coduri le au cu societatea**.

Scanned with OKEN Scanner

3.3. Tehnici terapeutice de comunicare

La baza comunicării efective și a unei bune relații cu pacientul stă abilitatea de a realiza o excelentă anamneză (interviu clinic); acesta conduce la o diagnosticare corectă și la obținerea cooperării pacientului atât în timpul tratamentului, cât și în respectarea recomandărilor făcute.

Odată ce am stabilit că anamneza stă la baza unei excelente comunicări cu pacientul și în final la succesul profesional, trebuie să menționăm și faptul că la acestea se ajunge și prin folosirea tuturor abilităților de comunicare ale medicului și prin practicarea anumitor tehnici, pe care le vom descrie pe scurt în cele ce urmează.

Anamneza este aceea care ne pune în contact direct cu pacientul și în timpul căreia medicul și pacientul se cunosc.

Dialogarea este o aptitudine vitală și totusi majoritatea nu-i dă prea mare importanță (Platt și Mc Math, 1979); acest fapt nu a trecut neobservat de către pacienți. Nu numai că acest lucru îi deranjează, dar lipsa informațiilor, a explicațiilor și a instrucțiunilor duce la neînțelegeri și la neaderență în respectarea recomandărilor și tratamentului.

Pentru o anamneză corectă și completă, trebuie să se respecte anumite reguli și tehnici de comunicare terapeutică. În primul rând, medicul dentist trebuie să știe că pacienti sosesc la cabinet deja anxioși, panicați, preocupati. El trebuie să-i întâmpine, să-i salute, să se prezinte și apoi să-i invite să ia loc. Cel mai indicat este ca dialogul să aiba loc într-un cadru plăcut, liniștitor; cei doi așezați pe două fotolii identice, nu pe scaunul de tratament și nici despărțiți de biroul medicului. Trebuie să îi tratăm cu rabdare, să-i ascultăm cu multă

Scanned with OKEN Scanner

atenție, să-i încurajăm prin întrebări scurte să vorbească cu încredere despre problemele lor, despre ceea ce consideră ei drept cauze ale acestor probleme, despre ceea ce ei cred că s-ar putea rezolva prin tratament. Comportamentul verbal și cel non-verbal sunt la fel de importante. Medicii cu abilități de comunicare și empatici știu că succesul profesional depinde de atingerea unui echilibru între empatie și obiectivitate. Ei știu că scopul principal al anamnezei este acela de a schimba reciproc informații pentru a crea astfel un raport bazat pe încredere și respect. Această tehnică le dă posibilitatea de control al situației, de a menține dialogul pe făgașul care-l interesează.

În cazul medicilor fără prea mari abilități de comunicare sau în cazul anumitor tipuri de pacienți (copii, bătrâni, persoane cu probleme mintale), este foarte indicat să se folosească materiale ajutatoare cum ar fi: desene, tablouri, broșuri, casete video, diapozitive cu ajutorul cărora se pot explica mai bine metodele de prevenire și tehnicile de tratament care ar trebui aplicate.

Un punct foarte important este ca medicul să-și reamintească permanent că pacientul (indiferent de clasa socială sau pregătirea profesională), datorită anxietății, fricii, durerii, uită repede ceea ce i s-a spus, de aceea, periodic, trebuie să le amintească recomandările făcute (sau, cu alte cuvinte, mesajul să fie redundant).

În cazul pacienților care devin agresivi, medicul trebuie să continue să demonstreze calm, să vorbească liniștit, să se arate preocupat de supărarea lui și de motivele care au provocat-o, să păstreze o distanță prudentă; să nu-l atingă, să nu-l întrerupă când vorbește, să nu încerce să-l blocheze, ci doar să-l calmeze până reușește să controleze situația sau să cheme ajutor.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul unei erori de tratament, cel mai indicat este să acceptăm faptul că am greșit și să încercăm să corectăm situația, după care să-i explicăm pacientului de ce s-a întâmplat și să ne cerem scuzele de rigoare. A nega ceva ce este evident, mentinându-ne poziția, nu duce la nimic bun.

Trebuie să fim foarte delicați cu persoanele pe care considerăm că trebuie să le consulte un alt specialist; trebuie să le explicăm *de ce* considerăm necesar să fie vazuti de un chirurg sau un psihiatru. În general, pacienții se sperie când aud de aceste lucruri; consideră ori că au ceva grav, ori ca medicul dentist îi crede nebuni. Noi trebuie să fim foarte abili pentru a evita un conflict.

Vom vorbi în continuare despre anumite tehnici pe care este bine să le folosim pentru ca anamneza să fie cât mai corectă și completă și astfel raportul de comunicare cu pacientul să fie cel dorit.

Tehnicile anamnezei

Aplicarea întrebărilor deschise

După ce am întâmpinat și salutat pacientul și după o mică introducere ce asigură confortul acestuia, îl invităm să ne spună scopul vizitei. Întrebări de genul: „Cum vă simțiți?", „Cu ce vă pot ajuta?" sau „Ce fel de probleme ați avut?" îi fac pe pacienți să înceapă să vorbească despre problemele lor complexe, fără restricții. Dacă însă îi spunem pacientului „Vorbiți-mi despre durerile pe care le simtiți", atunci restrângem câmpul discuției, iar el înțelege că alte lucruri n-au sens să fie menționate, nefiind adecvate sau relevante din punct de vedere medical.

Scanned with OKEN Scanner

Începerea anamnezei cu întrebări „deschise" facilitează diagnosticarea deoarece răspunsul pacientului poate nu are legatură cu simptomele, dar poate are mare importanță în viata sa și are repercusiuni în starea sa de sănătate.

Din studiile facute, s-a constatat că doar 23% din medici dau pacienților posibilitatea de a reda situația completă; 51% dintre ei îi întrerup și-i îndreaptă spre lucruri specifice domeniului medicinei dentare; și chiar dintre acești 51%, marea majoritate îi întrerup pe pacienți în primele 18-20 de secunde din conversatie. Important nu e ca pacientul să vorbească doar pentru a vorbi, ci să știm să-l facem să ne vorbească despre ceea ce ne interesează sau poate avea legatură cu problemele lui.

Cu copiii, bătrânii, adolescenții, unii adulți și persoane cu tulburări mintale, se folosesc și alte tehnici: facilitarea răspunsului, reformularea întrebărilor (parafrazarea), redirecționarea, confruntarea, etc.

Menținerea tăcerii

Dacă un pacient oferă la întrebări raspunsuri monosilabice, poate fi aleasă ca urmatoare tehnică menținerea tăcerii, care impune controlul minim asupra persoanei, dar îi „spune" acesteia că medicul asteaptă mai mult de la ea. De asemenea, această tehnică e foarte indicată când pacientul dă un raspuns complet și spontan; unii dintre aceștia fac pauze și apoi continuă, completează. Când considerăm că a terminat sau dorim să trecem mai departe, punem alte întrebări specifice. Cu pacienții foarte emotivi e bine să tăcem pentru a le da timp să-și dozeze sau controleze emoțiile. În cazul celor cu probleme mintale, tăcerea nu e indicată; medicul trebuie să pună întrebări care saă-i ajute să se orienteze.

Scanned with OKEN Scanner

Facilitarea răspunsurilor

Este tehnica descrisă drept „încurajarea comunicării prin comportament, gesturi, mimică, cuvinte care nu au nici o legatură cu boala sau cu informația pe care dorim s-o obținem" *(Ene Low și Swisher, 1986).*

În cazul persoanelor cu probleme de comunicare, medicul este cel care trebuie să gaseasca calea corectă de a-i face să vorbească. Dacă totuși nu „obține" toată informația de care are nevoie de la pacient, el trece la o altă tehnică, respectiv la confruntare.

Confruntarea

Aceasta implică faptul că medicul trebuie să afle tot ce-l interesează despre pacient din comportamentul și obiceiurile de rutină ale acestuia. Tehnica trebuie folosită cu ponderație și este chiar contraindicată în anumite situații:

- Când pacientul continuă să ofere doar răspunsuri scurte, concise, la întrebări deschise, la tăcere, la facilitare.
- Când acesta nu se simte în largul lui.

Medicul stomatolog, în aceste situatii, poate spune mai bine ceva de genul „nu vă simtiți bine să vorbiți despre aceste lucruri?", apoi observă reacția pacientului și încet, încet, se ajunge la confruntare. În final, pacientul poate accepta sau nega; uneori o face de frică, jenă, teamaă. Pe marginea confruntării se poate dialoga până se ajunge la concluzii ce pot ajuta diagnosticarea corectă.

Aplicarea întrebărilor directe

Această tehnică poate oferi medicului cel mai mare control, dar dacă întrebările sunt folosite în exclusivitate, nu arată situația reală a pacientului, mai ales dacă acesta este o persoană concisă.

Scanned with OKEN Scanner

Medicul trebuie să știe cum să folosească toate aceste tehnici și cum să obțina ceea ce vrea. Dacă nu a reușit cu tehnicile anterioare, poate pune întrebări directe, la subiect, care au doar răspunsuri concrete și pe care pacientul nu le poate evita.

Informarea pacientului

În cursul anamnezei, medicul dentist e interesat în a aduna cât mai multe informații, însă pacientul are un scop diferit: dorește să știe părerea medicului despre durerile și problemele pe care le are, ce tratament îi recomandă, detalii despre boala sa, ce avantaje și ce riscuri presupune tratamentul. Cel mai adesea pleacă nemulțumit de informațiile primite.

Din cercetările făcute, s-a demonstrat că medicii pierd doar ceva mai mult de un minut (din cele douăzeci de minute ale dialogului) în a da informații pacientului; totuși ei au impresia că folosesc 9-10 minute, ceea ce reprezintă o distorsionare grosolană.

Problemele devin și mai acute când este vorba de persoane cu o educație precară sau lipsiti de posibilități materiale, sau pot apărea probleme atunci când medicul e grăbit, concis și vorbeste în jargon de specialitate. O excelentă tehnică pentru a ne da seama de aceste greșeli este aceea de a-i pune pe pacienți să repete ceea ce li s-a spus, să redea în cuvintele lor informațiile primite. Vom fi foarte surprinși să constatăm că majoritatea a auzit și interpretat diferit cele spuse. Astfel putem corecta, clarifica și detalia lucrurile.

Gestionarea emoțiilor pacientului

Frecvent, boala și durerile sunt însoțite de stări psihologice negative. Când pacientul e anxios, supărat, depresiv, e greu să ne furnizeze date complete, corecte și în mod spontan. Abilitățile

Scanned with OKEN Scanner

medicului de a gestiona aceste situații cu blândețe și profesionalism se dezvoltă în timp, odată cu experiența, dar unele aspecte le putem lua înca de la început în considerare

Anxietatea. Dacă pacientul e nervos, speriat, neastâmpărat, cu teamă în voce, el poate fi anxios și în această stare e greu de făcut anamneza. Tehnica *confruntării* ar putea da rezultate. E posibil ca pacientul să vorbească despre anxietatea sa dacă medicul îi spune „păreți supărat"; în felul acesta s-ar putea ajunge la un dialog mai relaxat. În toate cazurile de anxietate, medicul are responsabilitatea să elucideze sursa preocupărilor, să le înțeleagă și să ia măsurile necesare pentru diminuarea acestora. Multi reacționeaza bine la informații detaliate; când stiu totul, se linistesc. Cu cei refractari se pot folosi, cu bune rezultate, hipnoza, modelarea comportamentului sau medicamente ajutatoare. Unii pacienți au frică de medicii tineri și îi întreabă vârsta. În cazul în care le lucrează copiilor, întreabă medicul dacă are copii și asta nu doar din curiozitate; de aceea, niciodata nu e corect să le răspundem direct și prompt; e mai bine să le răspundem cu ceva care să le stimuleze responsabilitatea, cum ar fi: „păreți nesigur" sau „păreți preocupat de ... „

Depresia este un alt răspuns comun la dureri și la bolile fizice, care se poate exprima în termeni de: sentimente de vinovăție, scăderea autostimei, oboseală, dispariția speranței. Dialogul cu depresivii este foarte lent, dificil, neproductiv. Si aici *confruntarea* e o tehnică recomandată. Expresii ca „păreți obosit", „sunteți cam palid", „aveți cearcăne", „parca stati să plângeti... „ pot ajuta ca pacientul să se „deschidă" încet-încet. Dacă nu reușim, e mai bine să-i recomandăm un psiholog și apoi să-i facem anamneza.

Scanned with OKEN Scanner

Supararea. Dacă nu e furios, tehnica recomandată este tot *confruntarea*. Cel mai corect este să începem cu întrebări și afirmații care să clarifice motivul supărării. Pacienții au multe motive de furie, dar generalizat, sunt doua feluri:

- cei supărați pentru ceva spus sau petrecut anterior, de exemplu: medicul a uitat să se prezinte, nu și-a amintit ceva foarte important despre persoana respectivă, l-a rănit vreodată într-un anume fel, a făcut vreo recomandare acuzatoare sau moralistă, etc. Cel mai recomandat este ca în aceste cazuri, medicul să-și asume responsabilitatea și să-și ceară scuze.
- cei suparati pe ei înșiși; adesea furia e o formă de a-și ascunde teama că prin boalaă pierd controlul, autoritatea asupra lor și a celor din jur, că îi separă de cei dragi și de casă.

Cea mai bună formă de gestionare a furiei este aceea de a-i asculta cu atenție, „citind printre rânduri" și astfel să se înțeleagă natura furiei, ca apoi să se ia măsurile necesare pentru a ajunge la un dialog cât mai productiv pentru ambii.

Recomandarea unui psihiatru

În cazul persoanelor cărora considerăm că le e necesară psihoterapia, trebuie să fim delicati, deoarece în multe situații e destul de greu și de neplăcut pentru pacienți. În general, dacă le spunem să consulte un psihiatru, nu o fac. Trebuie să le explicăm motivele pentru care considerăm că ar fi necesară acea consultație, și apoi să revină la noi. E indicat să lăsăm și pacientul să-și expună părerile și preocupările.

Există trei concepții comune despre aplicarea psihoterapiei.

- În general e acceptată ideea că doar „nebunii" au nevoie de tratamentul psihiatric. Medicul dentist trebuie să-i explice

Scanned with OKEN Scanner

pacientului că nu îl consideră nebun, că nu crede că problemele sale există doar în mintea sa; să-l convingă că crede că durerile și neplăcerile lui sunt reale. Apoi să-i dea o explicație, nu în termeni tehnici, despre faptul că în general bolile au componente emoționale și ar fi mai ușor de tratat dacă dispar aceste componente pe care psihiatrul sau psihologul sunt mai în măsură să le elimine.

- Sltă greșeală comună este aceea că psihoterapia este același lucru cu psihanaliza. Persoana trebuie asigurată că nu va merge de cinci ori pe săptămână pentru o perioadă lungă de sesiuni obositoare.
- A treia concepție este că noi îl recomandăm psihiatrului pentru a scăpa de el. Această senzatie e foarte puternică în cazul pacientilor dependenți de medic sau atunci când relația medic-pacient este rece și neplăcută. Asemenea persoane trebuie convinse că, deși li se recomandă consultarea specialistului, nu înseamnă că relația s-a terminat, ci dimpotrivă, că după acea vizită îl putem ajuta mai mult și mai eficient.

3.4. Cauze ale comunicării defectuoase dintre medic și pacient

Atitudinea profesională

Studii despre atitudinea medicilor arată că un numar mare consideră că educația pacientilor reprezintă o componentă importantă a activității lor și acordă cel mai mare volum de informații posibil în

Scanned with OKEN Scanner

economia de timp a consultației, adaptând informațiile în funcție de capacitatea de înțelegere a pacienților.

Alți medici oferă doar un minimum de informații, în special celor care le solicita acest lucru, iar altor pacienți, care nu solicită, nu le ofera nici un fel de informații, privind sarcina lor ca fiind una de înălturare a anxietății prin limitarea furnizării de informații, pe motiv că acestea ar provoca doar îngrijorare pacienților.

A doua categorie de medici are tendința de a accentua statutul lor profesional, distanța profesională dintre ei și pacienti și de a exercita un control sever asupra consultației, pe când prima categorie vede relația cu pacientul ca o relație de reciprocitate, recunoscând rolul jucat de pacient pe tot traseul relației medicale.

Stiluri de anamneză

Analiza diverselor tipuri de anamneză a stabilit o gamă de stiluri distincte și le-a asociat cu apariția barierelor în comunicarea medic-pacient. Cea mai comună abordare, cea *birocratică (orientată spre medic)* este caracterizată printr-un interviu eficient, bine condus de medic, uniform făcut tuturor pacientilor, care limitează posibilitatea exprimării sensibilităților și particularităților psihologice ale pacienților, determinându-i să răspundă limitat și de suprafață, fără tendința de a extinde dialogul. Mulți medici aderă la acest gen de abordare biomedicală, fiind preocupați doar de elementele necesare precizării diagnosticului și consideră problemele umane un impediment. Acest gen de anamnează se caracterizează mai mult prin tendința de a obține informații de la pacienți decât de a le furniza

Scanned with OKEN Scanner

acestora cunoștințe necesare schimbării comportamentului pentru obținerea sau păstrarea stării de sănătate.

O altă abordare este cea *orientată spre persoană*, în care manifestarea empatiei și constientizarea sentimentelor pacienților au făcut obiectul comunicării din timpul anamnezei.

Existența incertitudinii

Pentru anumite boli cronice, pentru care etiologia nu este încă suficient cunoscută, prognozele neputând fi oferite cu certitudine datorită variației mari a evoluției bolilor și a rezultatelor tratamentelor, pacienților nu li se pot oferi explicații pe deplin satisfacatoare. Incertitudinea existentă nu este comunicată pacienților decât foarte rar, iar atunci când medicii sunt aproape siguri de evoluția bolii sau de rezultatele unui tratament, ei pot să fie reținuti în comunicarea acestor informații. Omisiunea informării pacientului poate masca propria incertitudine a medicului sau poate menține încrederea pacientului în eficacitatea tratamentului, limitându-i rolul în luarea deciziei medicale.

Bariere sociale și de statut profesional medic-pacient

Comunicarea ineficientă medic-pacient poate avea drept cauză diferențele de clasă socială și de statut dintre medic și pacient. Aceste diferențe se manifestă asupra abilității medicului de a obține informații relevante despre pacient în timpul anamnezei, cât și asupra capacității pacientului de a transmite informațiile medicului și de a recepționa, înțelege și accepta mesajele transmise de medic. Pentru fiecare societate există o clasificare a claselor sociale în funcție de nivel de pregătire, studii, venituri, statut profesional, prestigiu, etc.

Scanned with OKEN Scanner

S-a demonstrat prin studii sociologice (Cartwright și O'Brien, 1976) că pacienții din clasele sociale cu înaltă calificare solicită mai multe informații despre etiologia, profilaxia și tratamentul afecțiunilor decât pacienții din clasa de mijloc, iar cei din clasa muncitoare pun foarte puține întrebări, ceea ce conduce la interpretarea că nu doresc să fie informați, diferențele sociale dintre aceștia și medici fiind mult mai mari.

Perspective diferite ale medicului și pacientului

Unele bariere de comunicare dintre medic și pacient pot apărea datorită perspectivelor diferite ale celor doi asupra stării și boală și a obiectivelor anamnezei și educației pentru sănătate.

Medicul, din perspectiva sa, acordă importanță raționamentului științific și datelor psiho-clinice în diagnosticarea bolii. Din perspectiva sa, pacientul subliniază importanța experienței subiective a bolii și semnificația acestei experiențe.

Pacienții caută răspunsuri la întrebări de genul „Care este cauza apariției acestei afecțiuni?", „De ce mi s-a întâmplat tocmai mie?", căutând informații care să le explice mecanismele declanșatoare ale bolii prin modele explicative create de ei. Atunci când medicii nu sunt pe aceeași lungime de undă cu aceste modele, pacienții nu vor accepta informațiile de care au nevoie pentru a rezolva problemele somatice și emoționale asociate bolii.

Dificultăți de înțelegere și memorie

Ley și Spelman (1967) specifică printre cauzele comunicării ineficiente medic – pacient diferențele de înțelegere și de memorie ale pacienților (uitarea). O mare parte din informațiile primite, chiar dacă

Scanned with OKEN Scanner

a ajuns la destinație, nu este înțeleasă sau accceptată, uneori fiind uitată doar după câteva minute.

Printre elementele care pot contribui la apariția acestor fenomene nedorite se enumeră:

- folosirea de către medici a unui limbaj prea academic sau a jargonului tehnic, care nu este accesibil sau familiar pacienților (termeni înalt specializați, care nu pot fi descifrați de pacienți, fără explicarea lor de către medici);
- chiar și în cazul folosirii unui limbaj comun, accesibil, pacienții pot să nu descifreze mesajul transmis de medic sau să facă confuzii datorită cunoștintelor limitate despre etiologia, evoluția și tratamentul bolilor;
- anumiți pacienți sunt reținuți (jenați, sfioși) sau prea delicați și nu pun întrebări suplimentare referitoare la boala sau afecțiunea lor;
- momentul derulării anamnezei sau educației pentru sănătate poate avea o încărcătură emoțională pentru pacient (agitație, teamă), care poate influența negativ procesul de memorare al informațiilor;
- cantitatea mare de informații oferite într-o ședință poate afecta capacitatea de memorare și înțelegere a pacientului, el neputând recepționa și memora întreg mesajul. De regulă, ceea ce este recepționat la început se înțelege și reține mai ușor, restul fiind exclus. De aceea, este recomandat ca mesajele să fie scurte permanent repetate și introduse treptat, pe măsură ce informațiile anterioare sunt asimilate și puse în practică.

Scanned with OKEN Scanner

3.5. Particularitățile comunicării medic-pacient în tratamentul pedodontic

În acest subcapitol vom analiza strategiile de comunicare care-l pot ajuta pe medicul dentist pedodont să ajungă la o comunicare efectivă cu pacientul copil și astfel să atingă succesul profesional.

Marea majoritate a copiilor, ca și adulții, sosesc la cabinet anxioși, panicați, transpunerea în această stare se datorează relatării experiențelor dentare neplăcute avute de părinți, familie sau prieteni; o problema specială este aceea că mulți adulți transmit anxietatea lor copiilor. Medicii trebuie să analizeze fiecare caz în parte.

Din studii facute în Suedia, s-a descoperit ca 79% dintre copiii între 3-16 ani acceptă tratamentul dentar și-l asteaptă liniștiți; 13% îl acceptă cu greutate și doar 8% au reacții negative sau nu-l acceptă.

Multe din tehnicile și procedurile prezentate pentru adulți pot fi adaptate la cazurile de copii în functie de capacitatea lor intelectuală și de vârstă.

Sunt copii care percep unele tratamente invazive ca pe o pedeapsă; ei trebuie convinși că acesta este în beneficiul lor, trebuie lăudați la fiecare pas progresiv și încurajați să creadă că pe măsura ce se obișnuesc cu ședintele la medicul pedodont, frica va dispărea. După fiecare ședință, i se va oferi o recompensă pentru comportamentul avut: o jucărie, o insignă, o diplomă, o pastă de dinți, o broșură cu sfaturi de îngrijire orală pentru acasă.

Mulți, la început, deschid gura foarte puțin, dar dacă medicul e abil, încet-încet îi face s-o deschidă atât cât este nevoie pentru a lucra.

Scanned with OKEN Scanner

3.5. Particularitățile comunicării medic-pacient în tratamentul pedodontic

În acest subcapitol vom analiza strategiile de comunicare care-l pot ajuta pe medicul dentist pedodont să ajungă la o comunicare efectivă cu pacientul copil și astfel să atingă succesul profesional.

Marea majoritate a copiilor, ca și adulții, sosesc la cabinet anxioși, panicați, transpunerea în această stare se datorează relatării experiențelor dentare neplăcute avute de părinți, familie sau prieteni; o problema specială este aceea că mulți adulți transmit anxietatea lor copiilor. Medicii trebuie să analizeze fiecare caz în parte.

Din studii facute în Suedia, s-a descoperit ca 79% dintre copiii între 3-16 ani acceptă tratamentul dentar și-l asteaptă liniștiți; 13% îl acceptă cu greutate și doar 8% au reacții negative sau nu-l acceptă.

Multe din tehnicile și procedurile prezentate pentru adulți pot fi adaptate la cazurile de copii în functie de capacitatea lor intelectuală și de vârstă.

Sunt copii care percep unele tratamente invazive ca pe o pedeapsă; ei trebuie convinși că acesta este în beneficiul lor, trebuie lăudați la fiecare pas progresiv și încurajați să creadă că pe măsura ce se obișnuesc cu ședintele la medicul pedodont, frica va dispărea. După fiecare ședință, i se va oferi o recompensă pentru comportamentul avut: o jucărie, o insignă, o diplomă, o pastă de dinți, o broșură cu sfaturi de îngrijire orală pentru acasă.

Mulți, la început, deschid gura foarte puțin, dar dacă medicul e abil, încet-încet îi face s-o deschidă atât cât este nevoie pentru a lucra.

Scanned with OKEN Scanner

Diapozitivele, casetele video, desenele care prezintă copiii în aceeași situație, infricoșați, dar care ulterior afirmă ca și-au învins teama, sunt de mare ajutor în cazurile speciale. Ca și la adulti, calitățile de comunicare, răbdarea și profesionalismul ne ajută să rezolvăm toate cazurile.

În Israel, SUA, Anglia și alte țări, s-au facut studii speciale pe eșantioane de copiii pentru a se ajunge la cele mai bune procedee în tratamentele dentare pediatrice. În primul rând s-a descoperit că folosirea limbajului (comunicarea verbală) joacă cel mai important rol în legatura dintre copil și medicul pedodont sau asistentă care, cu multă rabdare, pot elimina teama și anxietatea mai ales în tratamentele invazive. Copiii anxioți văd în medic o amenințare, de aceea rolul lui este acela de a-l educa, de a-l ajuta să-și învingă teama, de a-l învăța să coopereze, de a-l motiva să adopte obiceiuri de îngrijire orală adecvate.

În ceea ce privește **caracteristicile** dialogului între medicul dentist și pacientul copil, **modelul îndrumare-cooperare** dă cele mai bune rezultate; nu întotdeuna însă, deoarece ei trebuie să fie capabili să înțeleagă foarte bine, să aibă o mare bunavoință de a coopera. Medicul are datoria de a-i „modela" pe acești copii pentru a ajunge la raportul de comunicare dorit.

Pentru a reduce teama (frica) la copii, s-a propus și proiectat un model care include trei moduri de apropiere verbală: permisiv, empatic și personal.

Abordarea permisivă. Pacientului i se dă toată informația necesară în ceea ce privește tratamentul pentru a-i reduce incertitudinile. Sunt patru tipuri de informație care trebuie oferită:

Scanned with OKEN Scanner

necesitatea tratamentului dentar, procedurile pe care copilul le va experimenta, detalii despre ceea ce va simți în timpul tratamentului, ce senzații va avea și informații sub formă de broșuri, desene și texte, despre procedeele folosite în timpul tratamentului. Toate aceste informații detaliate fac ca micul pacient să se relaxeze, să se simtă mai sigur și mai liniștit, predispus la cooperare.

Abordarea empatică. Empatia este abilitatea de a te pune pe tine însuți în locul altora și include abilitatea de a simți și experimenta situația în care este celalalt. O reacție empatică transmite copilului trei mesaje principale: „ma interesează și sunt preocupat de ceea ce simți", „încerc să înțeleg cum te simți" și „e foarte normal să simti ceea ce simți". Această formă de abordare e centrată pe sentimentele copilului și dă rezultate excelente dacă într-adevăr medicul e convigător în demonstrarea empatiei.

Abordarea personală este folosită mai ales pentru stabilirea unui raport cu copilul; acesta e făcut să înțeleagă că el e văzut și recunoscut ca individ. Întrebările personale puse în mod deschis duc la o relație de încredere și ajută la diminuarea sau eliminarea multor experiențe traumatice. Chiar și umorul, interesul genuin, conversația deschisă îl fac pe copil să se simtă într-un mediu plăcut și nestresant.

Strategii comune. Cele trei modele anterioare de abordare a copilului au în comun unele **strategii** Acestea sunt:

Întărirea verbală sau materială pozitivă mărește posibilitatea ca obiceiurile, comportamentul dorit să fie repetate și cu timpul să devină rutină pentru copil. Aceasta implică folosirea frecventă a laudelor, încurajărilor, susținerii și chiar a recompenselor materale de valoare mică.

Scanned with OKEN Scanner

- **Transmiterea sentimentului de control.** Acesta înseamnă credința unei persoane în abilitățile sale de a modifica valoarea amenințării spre ea însăși prin acțiunile și reacțiile sale. Controlul reduce anxietatea și-i dă nivele înalte de toleranță (de exemplu, încetarea acțiunii turbinei sau piesei la semnul mâinii copilului).
- **Folosirea directivelor.** Recomăndarile și solicitările sunt folosite permanent în cabinetele stomatologice. Acestea implică autoritate și abilitatea de a face pacientul să execute ceea ce i se cere.
- **Persuasiunea.** Limbajul e folosit pentru a schimba atitudinile și obiceiurile de îngrijire orală ale pacientului. Se obține făcând apel la relație, la consecințe și la valori.
- **Comunicarea nonverbală. Paralimbajul.** Tonalitatea vocii completează mesajele verbale, uneori schimbarea vocii însoțită de anumite expresii faciale și de îndrumări explicite pot fi de mare ajutor în convingerea pacientului-copil de necesitatea existenței unei rutine de îngrijire orală corectă. **Afirmațiile categorice** înseamnă exprimarea fermă a punctelor de vedere și insistarea asupra faptului că acestea sunt cele mai corecte. **Comunicarea nonverbală** este reprezentată, în relația cu copiii, de tonul vocii, poziția corpului, gesturi, expresii faciale, atingeri ușoare, prietenoase.

În ceea ce priveste comunicarea cu copiii, din studiile făcute, s-a ajuns la concluzia că modelul empatic de abordare a dat cele mai bune rezultate pentru obținerea cooperării.

Scanned with OKEN Scanner

3.6. Empatia medicului față de pacient

Una dintre cele mai moderne abordări în relația medic-pacient este orientarea non-directivă, fundamentată de Carl Rogers. Acesta propune o relație centrată pe client care creează un climat în care acesta se simte acceptat, se poate înțelege pe sine și își recunoaște problemele. În accepțiunea lui Carl Rogers, acest climat relațional se bazează pe patru componente: **acceptarea necondiționată a celuilalt** (absența oricărei judecăți cu privire la ceea ce spune celalalt sau acceptarea faptului că acesta nu dorește să exteriorizeze nici un sentiment), **neutralitatea binevoitoare** (angajare pozitivă a medicului, fără însă a judeca, bazată pe un „interes dezinteresat"), **autenticitatea** (interes sincer pentru ceea ce exprimă pacientul, însoțit uneori chiar de exprimarea propriilor sentimente în situația de interacțiune) și **empatia** (capacitatea medicului de a se așeza în poziția pacientului său și de a privi lucrurile din perspectiva acestuia, „prin ochii lui").

Empatia poate fi privită atât ca o calitate, ca o aptitudine, dar și ca o hotărâre de a controla propriile reacții pentru a fi disponibil pentru celalalt, fiind componenta cea mai dificil de aplicat în comunicare. Carl Rogers afirma că a fi empatic înseamnă a percepe cu acuratețe cadrul intern de referință al altuia, cu toate componentele sale emoționale și cu semnificațiile care-i aparțin, ca și cum ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de *„ca și cum"*.

Empatia presupune o transpunere în psihologia celuilalt fără a pierde însă identitatea de sine. S. Marcus subliniază că această transpunere este realizată atât la nivelul ideilor (preluarea modului în care pacientul gândește și realizează rolul său social) dar și la nivelul sentimentelor (prin perceperea experienței acestuia și preluarea stării lui

Scanned with OKEN Scanner

de spirit). Limbajul non-verbal al pacientului oferă mai multe indicii asupra stării lui emoționale decât cuvintele pe care i le adresează medicului, și de aceea acesta din urmă are nevoie de o atenție sporită asupra detaliilor. D. Goleman consideră că, atunci când cuvintele unui pacient sunt în dezacord cu ceea ce transmite de fapt prin tonul vocii, gesturi sau alte canale nonverbale, adevărul emoțional stă în felul în care spune ceva și nu în ceea ce spune.

Pentru a înțelege mai bine semnificația empatiei, psihologii o așează în paralel cu simpatia, accentuând diferențele dintre acestea. Este interesant de observat că empatia presupune orientarea către celalalt, pe când simpatia are în vedere influența celuilalt asupra eului. Empatia presupune, de asemenea, înțelegerea celuilalt prin încercarea de a te pune în situația lui, în timp ce simpatia implică o poziționare alături de celalalt. Nu este același lucru „să-ți pară rău" de un pacient (simpatie) cu a-i oferi ajutorul necesar (înțelegere, suport).

O altă deosebire, subliniata de J. C. Abric, este realizată între empatie și stilul de conducere laissez-faire prin faptul că atitudinea non-directivă necesită din partea celui care o utilizează „o activitate importantă, interioară și exteriorizată, verbală și nonverbală".

3.6.1. Funcțiile empatiei

Atunci când vorbim despre legătura dintre empatie și eficiența comunicării interpersonale, psihologii au luat în considerație 5 funcții ale empatiei:

1. funcția cognitivă – urmărind cunoașterea celuilalt
2. funcția anticipativă – prin care poate fi stabilit comportamentul probabil al celuilalt

Scanned with OKEN Scanner

3. funcția afectivă – prin care se stabilește o legătură emoționala între comunicatori
4. funcția performanțială – care presupune faptul că empatia poate deveni o aptitudine
5. funcția de comunicare – care se referă la posibilitatea de a stabili o legătura între eu și celalalt

3.6.2. Manifestarea empatiei

Primul element al empatiei este abilitatea de a recepta sentimentele celuilalt, iar cel de-al doilea, la fel de important, este capacitatea de a comunica verbal și nonverbal această înțelegere. Empatia trebuie așadar să fie transmisă celuilalt.

Ascultarea activă este un prim pas în susținerea procesului de comunicare cu pacientul. Prin aceasta, vorbitorul este încurajat să continue conversația, este ajutat în momentele în care se blochează și este solicitat să explice detalii dificil de înțeles. Iată câteva sugestii pentru a aplica în practică ascultarea activă, adaptate de A. Coman și C. Coman, după Cornelius & Faire, 1996:

- Nu vorbiți despre dumneavoastră
- Nu schimbați subiectul discuției
- Nu dați sfaturi, nu dați verdicte, nu criticați
- Nu planificați dinainte ce aveți de spus
- Urmăriți sentimentele celuilalt, așa cum reies ele din limbajul verbal și din cel nonverbal
- Interesați-vă de sentimentele, nevoile și temerile pacientului
- Nu pretindeți ca ați înțeles ce vrea să spună atunci când, de fapt, nu l-ați înțeles

Scanned with OKEN Scanner

- Confirmați ca ați înțeles parafrazând ideea transmisă de el („Vrei să spui că…")

3.6.3. Evaluarea nivelului de empatie

Pentru a ilustra și înțelege diferitele grade de empatie, Fabienne Gérard propune o „scală a empatiei" cu patru niveluri (Tabelul 8).

Tabelul 8. Nivelurile empatiei, după Fabienne Gérard

	NIVELURI DE EMPATIE
-1	**Manifestarea empatiei blocată.** Răspunsul medicului este ofensator și deloc pertinent. Este posibil să nu răspundă deloc sentimentelor pacientului. Este vorba despre o strategie folosită pentru a inhiba exprimarea emoțiilor.
0	**Manifestarea discontinuă a empatiei.** Medicul nu comunică recunoașterea mecanismelor profunde ale afectelor pacientului; în schimb, înțelege sentimentele de suprafață exprimate explicit de acesta. Atitudinea pasivă a medicului nu relevă nimic din ceea ce pacientul a exprimat în mod explicit sau implicit.
1	**Reflectarea.** Medicul îi comunică direct pacientului că sentimentele de suprafață sunt înțelese și le reflectă cu precizie.
2	**Empatia adițională.** Răspunsul medicului comunică înțelegerea sentimentelor pacientului în profunzimea lor și la nivelul dispoziției pacientului de a-și dezvălui propriile emoții. Medicul depășește nivelul explicit al cuvintelor pacientului pentru a deduce cauza emoțiilor sau pentru a sugera sentimente asociate, dar fără direcție clară, explicită. Această formă de empatie se manifestă prin fraze de genul: „Mă întreb dacă mi-ați putea spune…", „Poate că…", „Am impresia că…" sau „Nu cumva aveți impresia că…"

Scanned with OKEN Scanner

Din punct de vedere comunicațional, s-a observat că empatia în cadrul consultațiilor se oprește la nivelul de reflectare (nivelul 1). În scopul înțelegerii diferitelor niveluri de empatie, am analizat un caz concret și am imaginat patru posibile răspunsuri ale unui medic. Răspunsurile reprezintă, fiecare, un nivel particular de empatie.

Caz practic

Context

O pacientă vine în cabinetul dentar pentru o restaurare fizionomică în regiunea frontală. La consultație, medicul descoperă depozite importante de tartru însoțite de inflamație gingivală, carii dentare netratate și complicate pe dinții laterali. Medicul propune următoarele etape de tratament: igienizare, rezolvarea leziunilor care generează infecții și abia apoi restaurarea fizionomică în regiunea incisivilor.

Pacienta: „Nu cred că am posibilitatea să susțin financiar un tratament de așa mare anvergură și în plus pe mine nu mă interesează decât felul în care arată dinții care se văd. Nu pot accepta planul dumneavoastră de tratament".

Medicul:

Răspuns empatic de nivel -1

„Nu sunt de acord cu dumneavoastră. Asanarea cavității bucale înainte de refacerea dinților frontali este singura soluție terapeutică!"

Răspuns empatic de nivel 0

„Igienizarea cavității bucale și eliminarea infecțiilor sunt absolut necesare!"

Scanned with OKEN Scanner

Răspuns empatic de nivel 1

„Nu aveți resursele financiare pentru un tratament de așa mare amploare și considerați mai important aspectul dumneavoastră fizionomic. Așa este?"

Răspuns empatic de nivel 2

„Nu aveți posibilitatea să susțineți financiar acest tratament de mare amploare pentru că nu îl considerați absolut necesar pentru bunăstarea dumneavoastră. Vă doriți doar un aspect fizionomic agreabil care să vă asigure relații sociale de calitate. Am înțeles corect punctul dumneavoastră de vedere?"

A fi empatic înseamnă a înțelege durerea sau satisfacția altuia așa cum el le simte și a percepe cauzele acestora așa cum el le percepe. În orice caz, nu trebuie pierdut din vedere acel „*ca și cum*" în a fi mâhnit sau bucuros. S-a dovedit că folosirea empatiei are o influență pozitivă atât în ceea ce privește satisfacția pacientului, cât și în respectarea unui anumit tratament. Invers, absența empatiei a generat nemulțumire și frustrare din partea pacientului. Principiile care trebuie să condiționeze comportamentul medicului sunt următoarele: să nu îi arate pacientului problemele care îl frământă și să nu încerce să le aducă la unison cu cele ale pacientului. Medicul trebuie să arate că înțelege suferința celui bolnav, dar să nu sufere împreună cu el și nici să nu se angajeze într-o atitudine de simpatie.

În cazul medicilor care au avut ghinionul să fie bolnavi sau să aibă pe cineva foarte drag grav bolnav, înțelegerea în ceea ce privește pacientul este foarte reală. Dezvoltarea aptitudinilor empatice n-ar trebui să aștepte totuși asemenea experiențe.

Scanned with OKEN Scanner

În mod ironic, majoritatea studentilor își încep cariera cu a mare doză de empatie, ei privesc lucrurile în termeni sentimentali, iar pe măsură ce înaintează în profesie, viziunea și atitudinea lor se schimbă. Din fericire, empatia este o aptitudine care poate fi învățată, dar numai de o persoană care o valorizează; ea se dezvoltă în timp prin experiențe și trăiri. Pacientul simte când medicul îi spune într-un mod distant, rece: „înțeleg cum vă simțiți" și de aceea are dreptate când răspunde: „Nu, nu știți cum mă simt; nu puteți ști".

Dacă prin dialog și exemple, medicul reușește să câștige încrederea persoanei, aceasta, printr-o totală cooperare, îl va ajuta mult la o diagnosticare corectă, la recomandarea unui tratament adecvat și îl va face de fapt să câștige timp.

Pentru pacientul respectiv este foarte important nu numai „ce" îi spune medicul, ci și felul „cum" îi spune, cât de sincer este în răspunsurile pe care i le dă și cât de mult dorește și reușește cu adevărat să-l înțeleagă. Trebuie să existe însă un adevărat echilibru între empatie si obiectivitate.

3.7. Anxietatea în cabinetul dentar

Una dintre cele mai frecvente tulburări care îl afectează pe omul secolului al XXI-lea este anxietatea, stare care conduce la o dispoziție dezagreabilă, la perturbări ale activității profesionale și nu în ultimul rând la probleme în viața personală.

Scanned with OKEN Scanner

Anxietatea poate fi *normală*, atunci când situația pune în pericol starea de echilibru a ființei umane, caz în care se impune un efort de adaptare, și poate fi *patologică*, atunci când prin durata și intensitatea ei se constituie într-un răspuns inadecvat la o situație de viață. Anxietatea poate să pregătească o persoană să întâmpine o situație dificilă sau amenințătoare și conduce la acțiune. A fi neliniștit anticipând o situație deosebită, neobișnuită, este normal, însă anxietatea exagerată este o piedică în calea performanțelor. Mai mult chiar, o persoană cu un grad ridicat de anxietate nu poate face față cerințelor zilnice, starea ei reprezentând o problemă de competență medicală.

Anxietatea experimentată de pacient în cabinetul stomatologic reprezintă una dintre principalele bariere în apelarea la serviciile dentare. În funcție de metoda folosită pentru evaluare, între 3 și 5 procente din populație prezintă niveluri extrem de ridicate ale anxietății față de stomatologie. Cu toate acestea, subiectul este prea puțin analizat și mult prea rar se aplică tehnici de diminuare a anxietății în cabinete.

Într-un studiu efectuat de Freeman s-a observat că, în ciuda fricii, unii pacienți acceptă tratamente dentare în mod regulat. Relația dintre teamă și evitare nu este una simplă. În funcție de intensitatea anxietății pe care o resimte, pacientul poate găsi tratamentul dentar ca pe un factor producător de necazuri, disconfort, sau ca pe ceva cu neputință de suportat. Todd și Walker, în 1980, au realizat un studiu la care au participat 6000 de subiecți; 43 de procente au declarat că evită vizitele la stomatolog, cu excepția situațiilor în care au probleme dentare serioase. Dintre aceștia, mai mult de jumătate (58%) au recunoscut că una dintre principalele cauze ale acestui comportament

Scanned with OKEN Scanner

este teama de medicul dentist. Probe suplimentare despre rolul fricii în amânarea vizitei la medicul dentist au fost oferite de Curson și Coplans. Ei au chestionat 100 de pacienți într-o clinică de urgență: 38% au răspuns că nu au efectuat vizite regulate la medicul dentist pentru că le-a fost frică de această experiență. Numai 12 procente dintre pacienți au urmat un tratament continuu în cadrul unei clinici.

Aceste rezultate indică două aspecte: pe de o parte, medicul dentist va întâlni pacienți care ar avea nevoie de restaurări importante, însă nu acceptă tratamentul; pe de altă parte, aceste persoane anxioase pot prezenta probleme personale și interpersonale importante, pe care medicul interesat de îmbunătățirea calității vieții pacientului nu le poate ignora.

Anxietatea poate fi considerată un semnal de alarmă; ea avertizează individul că a întâlnit o amenințare, un pericol de natură conflictuală. Pe de altă parte, teama (frica) este un termen folosit pentru a descrie o reacție de „răspuns la o amenințare concretă, cunoscută și neavând caracter conflictual" (C. Friedmann, 2000). De exemplu, o persoană poate fi anxioasă în vederea efectuării unei vizite la medicul dentist și poate fi temătoare în ceea ce privește o extracție dentară.

Pentru a înțelege anxietatea, mulți psihologi analizează trei componente ale acesteia: latura comportamentală (evitarea medicului dentist), fiziologică (ritmul inimii, transpirația pacientului) și subiectivă (expresii verbale și non-verbale ale stresului). Între aceste trei tipuri de componente nu se pot stabili corelații. Astfel, un pacient poate să viziteze în mod regulat cabinetul dentar și de aceea să nu fie

Scanned with OKEN Scanner

considerat anxios dar, cu toate acestea, el să-și exprime verbal îngrijorarea sau teama; de asemenea, un alt pacient poate să nu frecventeze cabinetul dentar, cu toate că neagă că ar simți teama. Psihologia modernă consideră că fiecare dintre cele trei componente este importantă, reflectând diferite aspecte ale problemei. Unii cercetători examinează în ce mod diferitele situații evocă anxietatea, alții se concentrează asupra relatărilor subiective, în timp ce alții explorează componentele fiziologice și comportamentale.

Modul în care sunt percepute evenimentele este dependent pe de o parte de natura acestora, iar pe de alta parte de structura psihică a individului care trăiește respectiva situație. în momentul în care echilibrul este perturbat, se generează o stare conflictuală – de natură externă (datorată presiunilor exterioare asupra persoanei) sau de natura internă (intrapsihică). Conflictele, în special cele intrapsihice, sunt principala sursă de anxietate. Unele situații sunt mai anxiogene decât altele; de aceea, este important să cunoaștem care proceduri stomatologice generează o anxietate mai puternică. Pentru aceasta, Wardle a chestionat în 1982 pacienții dintr-o clinică stomatologică, folosind o lista cu manoperele de bază. În dreptul fiecărei proceduri, pacientul avea ca variante de răspuns lipsa anxietății, ușoară anxietate, anxietate moderată, anxietate mare, anxietate foarte mare. Pe primul loc în rândul manoperelor dentare se află extracția, urmată de injectarea anestezicului și de lucrul cu freza. Pe ultimul loc se află lustruirea.

Pentru a măsura gradul de anxietate experimentată de o persoană, putem folosi chestionarele. Unele chestionare sunt generale, fiind folosite în orice situație generatoare de anxietate (o vizită la

Scanned with OKEN Scanner

stomatolog, un examen la universitate sau un salt cu parașuta). Alte chestionare însă sunt specifice unei singure experiențe și informează, de exemplu, asupra sentimentelor pacientului vizavi de o intervenție chirurgicală sau o manoperă stomatologică.

Una dintre cele mai populare metode folosite pentru măsurarea anxietății în multiple situații este inventarierea anxietății ca stare-trăsătura STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Dezvoltat de Speilberger și colaboratorii în 1983, chestionarul consta în 40 de afirmații; dintre acestea, 20 sunt concepute pentru a măsura anxietatea ca trăsătură generală de personalitate (întâlnită la oamenii la care stima de sine este amenințată de tot felul de circumstanțe în care eșecul este posibil); celelalte 20 de afirmații măsoară starea de anxietate (răspunsul la o anumită situație particulară percepută ca fiind o amenințare la bunăstarea fizică sau emoțională). În cercetarea dentară, chestionarul STAI poate fi folosit fie pentru a măsura starea de anxietate (înregistrându-se valori ridicate înainte de vizita la cabinet și scăzând simțitor după aceea), fie pentru a identifica pacienții cu anxietate ca trăsătură de personalitate.

Scala anxietății dentare (Dental Anxiety Scale DAS, tabelul 9) este un astfel de chestionar, conceput de Corah în 1969 special pentru a măsura anxietatea în contextul stomatologic. Pacienții sunt rugați să încercuiască varianta care ilustrează cel mai bine propriile lor sentimente. Fiecărei variante îi este asociată o valoare numerică simplă de la 1 la 5, în așa fel încât se poate obține un scor total între 4 și 20. Un scor final de 13-14 ar trebui să îl alerteze pe medicul dentist; pacienții care prezintă scoruri mai mari de 15 puncte sunt aproape de fiecare dată extrem de anxioși.

Scanned with OKEN Scanner

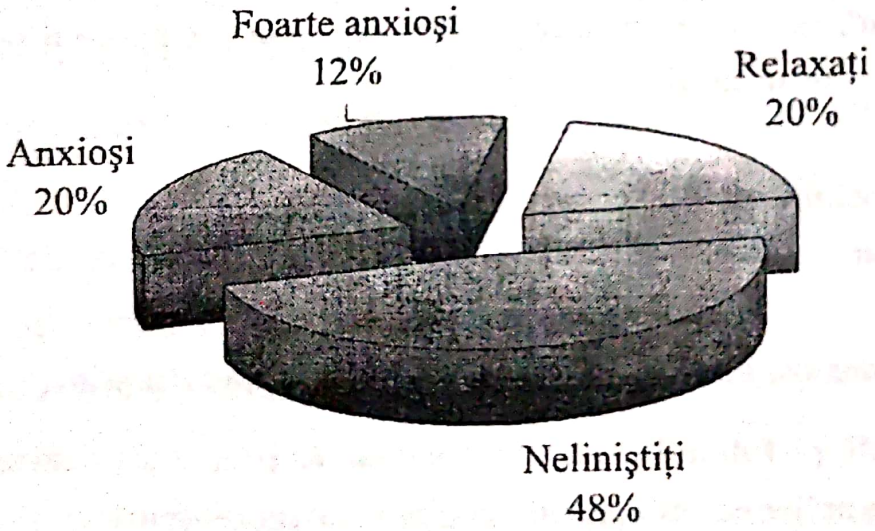
Tabelul 9. Scala anxietății dentare, Corah, 1969

1.	**Dacă ar trebui să mergi la medicul dentist mâine, ce sentimente ai avea?** a. o privesc ca pe o experiență suportabilă b. nu prea îmi pasă c. simt o ușoară neliniște d. mi-e cam teamă să nu fie neplăcut sau dureros e. aș fi înspăimântat de ceea ce mi-ar putea face medicul dentist
2.	**Când iți aștepți rândul în sala de așteptare, cum te simți?** a. relaxat b. un pic neliniștit c. tensionat d. anxios e. atât de anxios, încât încep să transpir și să mă simt rău psihic
3.	**Când te afli pe fotoliul dentar, în timp ce medicul e pregătit să înceapă frezarea, cum te simți?** a. relaxat b. un pic neliniștit c. tensionat d. anxios e. atât de anxios, încât încep să transpir și să mă simt rău psihic
4.	**Când te afli pe fotoliul dentar iar medicul își pregătește instrumentele cu care să acționeze în apropierea gingiei, cum te simți?** a. relaxat b. un pic neliniștit c. tensionat d. anxios e. atât de anxios, încât încep să transpir și să mă simt rău psihic

Scanned with OKEN Scanner

Am propus chestionarul DAS unui lot de 50 de pacienți de ambele sexe din București, cu vârste cuprinse între 20 și 55 de ani. Subiecților li s-a cerut să încercuiască răspunsul care reprezintă cel mai bine ceea ce simt ei în situația descrisă. Rezultatele au arătat ca 20% dintre subiecți sunt relaxați în contextul vizitei la stomatolog pentru tratament; cei mai mulți pacienți (48 de procente) sunt neliniștiți în situația dată; 20 % sunt anxioși iar 12% au declarat că sunt foarte anxioși atunci când se prezintă la medicul dentist.

Diagrama anxietății



Cu toate că chestionarul DAS era întrebuințat pe scară largă, în 1995, Humphris și colab. a semnalat o deficiență majoră a acestei scale, rezultată din faptul că nu include nici un item referitor la teama de injecții și au introdus o întrebare legata de această manopera anxiogenă.

Scanned with OKEN Scanner

În 1973, Kleinknecht și colab. au dezvoltat o altă abordare, chestionând pacienții în legătură cu temerile lor prin 27 de întrebări referitoare la aspecte ale intervenției stomatologice (de la realizarea unei programări pentru tratament până la vederea acului pentru injectarea anesteziculului sau auzirea zgomotului turbinei). Pacienții sunt invitați să aprecieze temerile vizavi de fiecare situație pe o scala de la 1 la 5, de la „nu simt nimic" până la „simt o teamă foarte mare". Această metodă oferă o mai bună viziune asupra temerilor pacientului decât chestionarul DAS, furnizând informații detaliate ce vor fi extrem de utile în încercarea de a rezolva problemele. Cercetătorii au găsit răspunsurile la întrebarea *„Cât de mult vă temeți, în general, de medicul dentist?"* ca fiind în corelație cu răspunsurile la toți ceilalți itemi.

În cazul particular al pacientului copil, sunt folosite opt imagini care sugerează câte două stări emoționale (râs și plâns, bucurie și tristețe, liniște și teamă etc.); micul pacient trebuie să aleagă care dintre alternativele din imagine reprezintă felul în care se simte la medicul dentist. O măsură a anxietății este furnizată de suma ocaziilor când copilul a ales o imagine ce sugerează un sentiment neplăcut.

Un aspect important este verificarea validității chestionarelor. Pentru DAS, Corah a testat același grup de persoane la un interval de trei luni; răspunsurile au fost asemănătoare, aceasta demonstrând faptul că chestionarul măsoară mai degrabă starea de anxietate pe termen lung decât un sentiment tranzitoriu. Între cele două scoruri obținute la interval de 3 luni, Corah a găsit corelații semnificative ($r = 0,82$), acest lucru indicând validitatea chestionarului DAS.

Chiar dacă diferite chestionare folosite pot da rezultate ușor diferite, ele ar trebui folosite de practicianul dentar cel puțin pentru a

Scanned with OKEN Scanner

măsura anxietatea subiectivă înainte și după intervenție. Un specialist poate aprecia apoi în ce mod actul terapeutic a modificat sentimentele pacientului față de stomatolog.

Metode de reducere a anxietății

Multe indicii despre cum să micșorăm anxietatea dentară pot fi extrase din cercetările pe care le-au efectuat autori numeroși. Poate cea mai buna metodă este prevenirea acestui simptom. Deoarece experiențele negative pot produce anxietate ulterioară, o reducere a numărului indicațiilor de extracție și șlefuire ar fi o prioritate. În acest context, un rol important îl dețin metodele de profilaxie oro-dentară, cum ar fi fluorizarea asociată cu o dietă corespunzatoare și o bună igienă a copiilor, alături de vizite regulate la medicul dentist.

Pentru copii, cea mai bună metodă de prevenire a anxietății este aceea de a asigura un mediu în care ei să se simtă în siguranță. Acest lucru se poate obține lucrând cu fiecare copil în parte, ascultându-l și cunoscând nevoile lui.

Deoarece unii oameni sunt înspăimântați de injecții, e probabil ca utilizarea anestezicelor locale să aibă o mare contribuție în reducerea anxietății dentare. Multi pacienți vârstnici afirmă ca le este frică de medicul dentist din tinerețe, dar repetatele vizite în cursul vieții le-au mai redus din anxietate. Acest lucru poate fi explicat prin extindere: pacienții care au fost foarte anxioși asociind îngrijirile dentare cu durerea, au învățat că această asociere nu este valabilă, după ce au făcut o serie de vizite la medic, în care nu au mai simțit durere.

Scanned with OKEN Scanner

Acolo unde anxietatea s-a instalat și persistă, o mulțime de proceduri pot da greș. Pentru acești pacienți, care simt durerea în ciuda utilizarii anestezicelor locale, metodele psihologice pot fi folosite pentru a micșora acest disconfort.

Unii pacienți pot fi anxiosi deoarece sunt nesiguri în privința implicațiilor procedurilor medicale, în timp ce alții pot fi îngrijorați dacă medical le critică obiceiurile de igienă orală. Pentru acești pacienți, trebuie să se țină seama de următoarele principii: expunerea la situațiile stresante să se facă gradual, astfel încât pacienții să poată face față; ținta este de a ajuta pacientul sa folosească autocontrolul sau să reușim să schimbăm percepția aceastuia față de decorul cabinetului dentar. Pacienții anxiosi sunt rușinați de dificultatea lor și mulți sunt îngrijorați de faptul că sunt judecați negativ. Indiferent ce măsură folosim, este important să fie acceptată de pacient și reevaluată.

Ideea de deținere a controlului, care poate reduce anxietatea, poate fi testată direct, dând un sens semnelor de disconfort exprimate de pacienți în cursul tratamentului dentar. Pacientul este rugat să ridice mâna atunci când dorește ca medical să se oprească. Acest tip de semnal de oprire este frecvent folosit și este foarte eficient pentru reducerea durerii și a anxietatii (Thrash 1982). Poate fi folositor pentru pacienti să știe că pot opri medicul când vor. Jackson și Lindsaid (1995) au demonstrat că o scurtă pauză în timpul tratamentului, la cererea pacientului, a fost eficentă în reducerea anxietății pe care el o simtea înainte de vizită. Un rol important în reducerea anxietății îl poate avea și suportul emoțional oferit de medicul dentist când explică natura procedurilor și tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

O altă metodă de a atenua anxietatea este reprezenatată de metodele de sedare farmaceutice. Anestezia generală poate fi folosită în cazuri extreme, dar e nepotrivită pentru cele mai multe cazuri de anxietate. O metodă alternativă este anestezia parțială care implică inhalarea unui amestec de oxid de azot si oxigen. Roberts (1979) a studiat efectele anesteziei parțiale pe 75 de copii cu vârste cuprinse între 4 și 17 ani, toți cu un comportament necorespunzator în scaunul dentar în ședințele anterioare.

Desensibilizarea sistematică este o altă metodă de reducere a anxietătii, în special la copii. Dacă pacientul anxios descoperă că nu i se întâmplă nimic neplăcut, de-a lungul mai multor vizite, anxietatea va fi în cele din urmă scăzută. Distragerea atenției de la actul terapeutic funcționează la fel de bine la copii, care pot asculta în căsti muzica preferată, relaxându-se.

Scanned with OKEN Scanner

4. SCHIMBAREA ATITUDINILOR ȘI COMPORTAMENTELOR FAȚĂ DE SĂNĂTATEA ORALĂ

În domeniul sănătății orale, când se vorbește despre schimbarea atitudinală, se urmărește și traducerea acesteia în comportament, obiectivul final fiind modificarea obiceiurilor nesanogene. Există în literatura de specialitate numeroase teorii și modele de schimbare a comportamentului ce vizează sănătatea orală, programe desfășurate în țările ce acordă o importanță deosebită informării și implicării pacientului în prevenirea bolilor oro-dentare.

4.1. Strategii și metode ale schimbării atitudinale

Atitudinile sunt variabile psihologice latente, relativ stabile și structurate în timp, în cadrul relației dintre o persoană și mediul sau. Atitudinile sunt sociale, pentru ca se nasc în interacțiunea cu alții, așa cum subliniază A. Chircev, (1941) Conform modelului tridimensional al lui M. J. Rosenberg și C. I. Hovland (1960), atitudinile se situează la intersecția unor categorii de fenomene psihice cognitive, afective și volitionale.

Scanned with OKEN Scanner

Atitudinea reprezintă unul dintre conceptele centrale în studiul omului și al societății. W. I. Thomas, F. Znanieckisi și mai târziu Bogardus definesc atitudinea ca fiind o dispoziție de a acționa a individului pentru sau contra a ceva din mediu, așadar orientată spre o valoare.

Această relație dintre atitudine și alte caracteristici ale personalității a fost studiată de numeroși cercetători. **Credința** este o formă de judecată, de interpretare specifică a mediului de către individ și înglobează un ansamblu de atitudini formate prin experiență și în funcție de personalitatea sa (A. Neculau, 2004). O credință este un act de origine inconștientă care ne silește să admitem în bloc o idee, o opinie, o explicație, o doctrină. Când rațiunea încearcă să explice credința, aceasta este deja formată. Dacă credința este verificată mai târziu cu ajutorul observației și experimentului, ea încetează să mai fie o credință, devenind cunoastere (G. Le Bon, 1995).

Între atitudini și **motivații** există o relație cu dublu sens și numeroase puncte comune, însă cele din urmă își au sursa într-o nevoie mai puțin stabilă și au un obiect mai precis.

Cu toate că în limbajul comun se suprapun adesea, conceptul de „**opinie**" este diferit de cel de **„atitudine"** prin faptul că opinia este specifică, punctuală, exprimată prin cuvânt sau comportament (verbal și non-verbal, conform lui D. Katz) și reprezintă un fapt de conștință, de gândire, atitudinile putând fi parțial sau total inconștiente.

Relația dintre atitudine și **comportament** este de asemenea discutată, atitudinea fiind privită ca o „predispoziție de a acționa pozitiv sau negativ față de persoane, obiecte, idei și evenimente" (Fred J. McDonald), în acest context atitudinea precedând și determinând comportamentul. Între atitudine și comportament există totuși o relație de tip multicauzal, pe care o vom discuta pe scurt în urmatorul capitol.

Scanned with OKEN Scanner

Schimbarea atitudinilor este un domeniu complex, teoriile existente explicând doar anumite aspecte ale procesului, accentuând unii factori și ignorându-i pe alții. Vom prezenta in continuare cateva dintre cele mai importante teorii, dupa S. Chelcea (2002, 76-96).

Teoria acțiunii gândite are la bază „intenția comportamentală" generată de atitudinea față de un anumit comportament, intenție care se află în concordanță cu normele subiective ale individului. Cercetări recente apreciază că efortul, adică gradul de dificultate în realizarea comportamentului, este invers proporțional cu probabilitatea ca atitudinile să prevadă direct comportamentul.

Teoriile behavioriste „stimul-răspuns" și „întărirea" susțin ideea că atitudinile se schimbă numai dacă stimulul pentru un nou răspuns este mai puternic decât stimulul pentru răspunsul cel vechi. Astfel, persuasiunea urmărește ca, prin intermediul unor variabile independente (sursă, mesaj, receptor, canal) să fie stimulate procesele interne care mediază comportamentul (atenție, înțelegere, acceptare, reținere), având ca efect schimbarea credințelor, atitudinilor și comportamentului.

Teoria judecății sociale și, în cadrul ei, abordarea „asimilare / contrast" pornesc de la premiza că omul își formează „puncte de referință' multidimensionale cu care operează atunci când experiența sa este redusă, când întâlnește stimuli necunoscuți și când nu există standarde explicite de ordonare a stimulilor. Atitudinea este considerată punct de referința interior, iar persuasiunea punct de referință exterior. Contrastul desemnează îndepărtarea atitudinii de punctul de referință iar asimilarea – mișcarea inversă. Atitudinea unei persoane trebuie reprezentată ca o zonă (latitudine) a pozițiilor

Scanned with OKEN Scanner

acceptabile, care poate fi, în accepțiunea lui M. Sherif & C.I. Hovland (1961), fie de acceptare, fie de neangajare, fie de respingere. O persoană expusă unui mesaj persuasiv va analiza dacă atitudinea pentru care sursa pledează se afla în zona sa de acceptare; daca răspunsul este afirmativ, atunci foarte probabil că se va produce schimbarea. Aceasta teorie pornește de la ideea ca persoana țintă știe ce atitudine are și unde este plasată aceasta pe continuumul atitudinal.

Teoria consistenței cognitive pleacă de la ideea că oamenii sunt motivați să apăra în ochii celor din jur ca fiind consecvenți în ceea ce spun și ceea ce fac. *Teoria echilibrului* (F. Heider, 1946) susține ideea că o situație de dezechilibru tinde să fie rezolvată prin schimbarea atitudinii fie față de celelalte persoane, fie față de evenimente/obiecte din lumea exterioară, alegerea făcându-se în funcție de valori și atașamentul față de ele, de contextul social și de personalitate. *Teoria disonanței cognitive* (L. Festinger, 1957) afirma că, în momentul în care se confruntă cu două cogniții contradictorii, oamenii experimentează un disconfort psihic. Ei încearcă să îndepărteze această stare căutând noi cogniții care să întărească elementele consonante sau sa le diminueze pe cele disonante. *Teoria reactanței* (J. W. Brehm, 1966) explică schimbarea de atitudine ca reacție la o constrângere, restricție. Individul este motivat să acționeze în sensul restabilirii libertății sale.

Modelul probabilității de elaborare al lui Petty și Cacioppo (1986) consideră că persuasiunea se poate realiza pe o rută centrală, prin examenul atent al argumentelor pro și contra unei poziții, sau pe o rută periferică, fără o analiză aprofundată a informației primite. Cu cât cunoștințele unei persoane sunt mai structurate, cu atât este mai

Scanned with OKEN Scanner

puțin sensibilă la persuasiune. ***Modelul euristic-sistematic*** operează pe aceleași principii, tratarea sistematică fiind asemănătoare cu ruta centrală, în timp ce tratarea euristică necesită mai puțin efort și este mult mai frecvent utilizat. Dacă ruta centrală și cea periferică se excludeau reciproc, modelul euristic și cel sistematic se completează.

Rezistența la persuasiune este teoretizată în mecanismele de inoculare, dopare și expunere selectivă. *Inocularea* presupune oferirea în avans a unor „doze" atenuate din argumentele la care urmează să fie expusă persoana. *Doparea* sau *sustinerea* constă în oferirea de contraargumente pe care să le poate utiliza împotriva mesajului persuasiv. *Expunerea selectivă* înseamnă o evitare a argumentelor care vin în contradicție cu atitudinile deja existente, prin deprecierea sursei, distorsionarea mesajului sau respingerea în bloc a argumentelor.

4.2. Convertirea atitudinii în comportament

Se realizează de multe ori direct, dar există numeroase situații în care acțiunea nu se conformează intenției. Numeroase experimente au demonstrat că poate exista un decalaj între cele două variabile, determinat fie de infuența stimulilor imediați, fie de acțiunea complementară sau divergentă a mai multor atitudini asupra comportamentului, fie datorită faptului că măsurarea atitudinilor și cea a comportamentului s-au făcut la momente îndepărtate în timp.

Așadar, variabilele care trebuie luate în calcul sunt contextul (situația), obișnuința – care la rândul ei depinde de mediu. Putem renunța la obișnuință numai dacă mediul se schimbă. J.T Leventhal

Scanned with OKEN Scanner

(1965) sugerează că, în campaniile de medicină preventivă, puterea de motivație a mesajului îi determină pe oameni să își schimbe intențiile în acte. Îndemnurile la acțiune și sporirea competenței publicului sunt căile prin care obișnuințele pot fi modificate durabil.

4.3. Teorii și modele ale schimbării comportamentului față de sănătate

Comportamentul sanogen reprezintă acele „atribute personale ca motivații, valori, credințe, percepții, cunoaștere (elemente cognitive), stări și trăiri afective și emoționale (elemente afective), obiceiuri, acțiuni și modele (elemente de comportament) legate de menținerea, restabilirea și îmbunătățirea stării de sănătate" (Gochman, 1988). În concepția lui Steptoc (1994), comportamentul saogen reprezintă „activitățile întreprinse de populație cu scopul de a proteja, promova sau menține sănătatea sau de a preveni boala".

În 1990, Rise și Holund dau urmatoarea clasificare a comportamentelor sanogene dentare: comportamentul față de periaj, comportamentul față de consumul de zahăr și comportamentul stomatologic complex.

4.3.1. Determinanții comportamentului uman

Exista cinci categorii de determinanți ai comportamentul uman.

Cunoștințele, credințele, atitudinile și valorile constituie domeniul cognitiv, conducând la decizia de a ne comporta într-un anumit fel. Doar simpla cunoaștere nu schimbă în mod obligatoriu

Scanned with OKEN Scanner

(1965) sugerează că, în campaniile de medicină preventivă, puterea de motivație a mesajului îi determină pe oameni să își schimbe intențiile în acte. Îndemnurile la acțiune și sporirea competenței publicului sunt căile prin care obișnuințele pot fi modificate durabil.

4.3. Teorii și modele ale schimbării comportamentului față de sănătate

Comportamentul sanogen reprezintă acele „atribute personale ca motivații, valori, credințe, percepții, cunoaștere (elemente cognitive), stări și trăiri afective și emoționale (elemente afective), obiceiuri, acțiuni și modele (elemente de comportament) legate de menținerea, restabilirea și îmbunătățirea stării de sănătate" (Gochman, 1988). În concepția lui Steptoc (1994), comportamentul saogen reprezintă „activitățile întreprinse de populație cu scopul de a proteja, promova sau menține sănătatea sau de a preveni boala".

În 1990, Rise și Holund dau urmatoarea clasificare a comportamentelor sanogene dentare: comportamentul față de periaj, comportamentul față de consumul de zahăr și comportamentul stomatologic complex.

4.3.1. Determinanții comportamentului uman

Exista cinci categorii de determinanți ai comportamentul uman.

Cunoștințele, credințele, atitudinile și valorile constituie domeniul cognitiv, conducând la decizia de a ne comporta într-un anumit fel. Doar simpla cunoaștere nu schimbă în mod obligatoriu

Scanned with OKEN Scanner

comportamenul, ci face parte dintr-un complex de factori care se potențează reciproc pentru a produce schimbarea.

Cunoștintele sunt asimilate din informațiile furnizate de medici, familie, profesori, prieteni și mass media (cărti, publicații, radio, TV, internet). Alteori experiențele personale furnizează cunoștințe relevante pentru noi. Este esențial ca aceste cunoștințe să fie corecte din punct de vedere științific, deci trebuie verificate, apelând la specialiști din domeniu sau la tratate de specialitate.

Credințele provin de la părinți, bunici și alte persoane pe care le respectăm și a căror părere contează pentru noi. Aceste credințe sunt acceptate și preluate fără a încerca să demonstrăm dacă sunt adevarate sau nu. Credințele reflectă cultura și tradițiile unui popor, sunt puternic înrădăcinate în conștiința oamenilor și pot fi schimbate foarte greu. Anumite credințe sunt dăunătoare sănătății, deci trebuie găsite soluții pentru schimbarea lor, altele nu sunt dăunătoare și pot fi lăsate ca atare.

Atitudinile reflectă ceea ce agreem (ne place) și ceea ce ne displace. Acestea provin din propria experiență sau de la persoane apropiate. De exemplu, o persoană care apelează la serviciile stomatologice și are o experiență neplacută (este tratată fără respect și înțelegere), va avea pe viitor o atitudine de respingere (neplăcere), de descurajare, însă dacă persoana respectivă are puternică credință că tratamentul respectiv este necesar și îi face bine, în ciuda resentimentelor proprii, va învinge această neplăcere. Schimbarea atitudinilor față de sănătate poate afecta modul de comportare fie în sens negativ, fie în sens pozitiv.

Valorile sunt credințele și standardele cele mai importante pentru fiecare persoană. Exemple de valori sunt bunăstarea, fericirea, sănătatea, stabilitatea, evoluția profesională, bogăția etc. O persoană

Scanned with OKEN Scanner

poate fi motivată să-și schimbe comportamentul față de sănătate numai dacă ea valorizează sănătatea, de aceea tehnicile de motivație trebuie să țintească și modificarea percepției indivizilor asupra valorii sănătății generale și în secundar al celei orale.

O altă categorie de factori care influențează obiceiurile privind sănătatea orală aparține **domeniului afectiv (starea emoțională, motivația și sentimente precum teama)**. Din ce în ce mai multi medici dentiști doresc să cunoască mai multe despre modul în care trebuie tratați pacienții anxioși. Reacțiile și comportamentul acestor pacienți sunt diferite de ale celorlalti, iar medicii care nu sunt familiarizati cu problemele ce decurg din anxietatea față de stomatolog întâmpină reale probleme.

Stima de sine și perceperea propriei stări de sănătate și a nevoii de tratament sunt corelate de asemenea cu comportamentul sanogen și variază în același sens. Pentru a îmbunătăți imaginea de sine a pacientului și a-l face conștient de propria stare de sănătate, medicul are nevoie de cunoștințe de psihologie. dacă însă medicii nu sunt conștienți de influența acestor factori, ei nu vor reuși să decida asupra unui plan de tratament potrivit și nu vor înțelege cauza eșecului terapeutic.

Dintre toți factorii care influențează sănătatea orală a unei persoane, o importanță specială o are categoria de **variabile psihosociale (statusul socio-economic, educația, sexul, statusul marital, responsabilitățile familiale, optimismul, satisfacția în viață, autoeficiența percepută, sensul coerenței, evenimentele stresante din viață)**. Venitul și nivelul de educație reprezintă cele mai bune indicatoare ale riscului la carie, cu cât acești indicatori au valori mai scăzute, cu atât mai mult sunt expuși riscului de a experimenta caria

Scanned with OKEN Scanner

dentară. Studii recente iau în considerație și situațiile temporare de viață (divorț, decesul partenerului de viață, situația de șomer, etc) cu un impact pozitiv sau negativ asupra stării de sănătate.

Influența persoanelor importante (părinți, profesori, lideri politici, religioși, prieteni apropiați, colegi de serviciu, persoane cu multă experiență care constituie exemple pozitive) care pot afecta și schimba comportamentele de păstrare a stării de sănătate. Profesorii sunt foarte importanți pentru copii, dacă aceștia văd un anumit comportament și dacă profesorul este demn de respect, copiii pot copia acel comportament. La fel părinții, prin cuvinte sau acțiuni pot influența și forma comportamentul copiilor.

Oricui îi place să aibă prieteni cu care să se simtă bine, să fie respectați și să fie de nădejde; de aceea uneori, adolescenții copiază comportamentul prietenilor din anturaj (de exemplu fumatul, drogurile) și, pentru a demonstra că fac parte din acel grup, uneori bravează, adoptând un comportament riscant pentru sănătate.

Cultura și stilul de viață reprezintă combinația dintre toti factorii enumerați anterior (cunoștințe, credințe, valori, folosirea resurselor). Acestea se constituie în timp îndelungat (mii de ani) prin interacțiunea dintre indivizii care trăiesc în aceeași comunitate și-și împărtășesc experiențele, trăind în același mediu. Fiecare comunitate are stilul propriu pentru anumite acțiuni, de exemplu practicarea exercițiilor fizice, fumatul, consumul de alcool, tipul de dietă, care pot influența major predispoziția către anumite afecțiuni generale sau orale. Fiecare cultură reprezintă modul în care indivizii au descoperit că pot trăi împreuna în același mediu înconjurător. În timp ce comportamentul normal este un aspect al culturii unei societăți, și cultura are o influență adâncă, puternică asupra comportamentului.

Scanned with OKEN Scanner

Resursele includ resursele bănești, materiale, îndemânarea, timpul, accesibilitatea serviciilor preventive și de îngrijire a sănătății și alte facilități. Nu în ultimul rând, momentul este la fel de important. Este mai ușor să determini o persoană tânără să adopte un comportament sanogen decât o persoană în vârstă.

Comportamentele față de sănătatea dentară pot fi sanogene sau benefice (consumul redus de dulciuri, periajul corect și regulat cu pastă de dinți fluorizată, prezentarea cu regularitate la medicul stomatolog) și riscante (practici incorecte și neregulate de igienizare personală, consumul inadecvat de zahăr, în ceea ce privește cantitatea, frecvența și tipul de aliment, consumul de alcool și tutun și frecvența redusă a vizitelor la cabinetul stomatologic).

Medicii stomatologi trebuie să înțeleagă comportamentul uman pentru a promova sănătatea orală și a desfășura o practică dentară de succes, fiind datori să comunice eficient cu pacientul și să își folosească cunoștințele de psihologie în beneficiul modelării comportamentului față de sănătate al pacientului. Abia în momentul în care fiecare om va fi educat și va acorda sănătății orale atenția cuvenită, vor fi apărea efectele pe plan social, concretizate în starea complexă de bine și într-o calitate crescută a vieții.

Medicul trebuie să înțeleaga *fiecare pacient în parte* ca fiind o individualitate, care s-a dezvoltat într-un anumit context cultural și avand ca urmare propriile credinte și valori. De-a lungul timpului, s-au dezvoltat teorii sociale și ale comportamentului pentru a explica toate comportamentele existente; această dezvoltare are ca scop descoperirea modalităților de a influența sau schimba aceste comportamente.

Literatura de specialitate foloseste termenii „teorie" și „model" atunci când se referă la comportamentul sanogen și la promovarea

Scanned with OKEN Scanner

sănătății. Conform lui A. Bandura, 1986, o teorie specifică mecanismele și determinanții care guvernează fenomenul studiat. Teoriile sunt alcătuite din una sau mai multe propoziții obișnuite puse în relație logică pentru a explica o categorie de fenomene. Teoriile analizează clase generale, globale de comportament și nu tratează în mod specific anumite tipuri de comportament în anumite contexte așa cum fac modelele conceptuale. De asemenea, teoriile, în majoritatea cazurilor, prezintă realitatea dintr-o perspectivă specifică unei discipline, fie sociologică, economică sau biologică.

Termenii teorie, model, paradigmă sunt utilizați frecvent și în mod interșanjabil în analiza comportamentului sanogen și în literatura de promovare a sănătății. Aceasta se adaugă dificultăților existente în cercetările din acest domeniu. Teoriile pot servi mai multor scopuri. După McQueen (1991), teoriile folosite în analiza comportamentului față de sănătate și a educației pentru sănătate trebuie să aibă anumite caracteristici:

- să ajute la elaborarea chestionarelor în domeniul educației pentru sănătate
- să reprezinte adevăruri empirice
- să poată fi combătute
- să ducă la o mai bună înțelegere a fenomenului în studiu
- să ducă la aplicații (cercetări) practice
- să îmbunătățească cunoștințele existente în domeniu
- să poată fi utilizate în cercetare

Cu toate că acest capitol este divizat într-o parte cu teoriile de bază și una cu modele de comportament sanogen, în general este dificilă folosirea consecventă a termenilor corespunzători.

Scanned with OKEN Scanner

Earp și Ennet definesc modelul conceptual ca pe un set de noțiuni legate de o anumită problemă de sănătate publică. Un model poate fi alcătuit din mai multe teorii și este conceptualizat la mai multe nivele – de la micro la macro. Avantajul acestuia într-un anumit domeniu este că permite cuprinderea proceselor și caracteristicilor neincluse în teorie, care reprezintă rezultate empirice sau constatări ale practicienilor.

Un cadru teoretic solid va furniza o bază substanțială pentru practică. Se va încerca o descriere a modului în care indivizii iau deciziile legate de sănătate și în ce măsură factorii sociali și de mediu influențează aceste decizii. De asemenea, este necesară o bună cunoaștere a comportamentelor dinamice guvernante intra și interpersonal. Dacă înțelegem oarecum constelația factorilor ce influențează comportamentul uman, în starea de sănătate și de boală vom fi mai în măsura să elaborăm strategii și metode care să realizeze obiectivele educației pentru sănătate – indiferent de modelul ales. Dacă este înțeleasă relația existentă între cunoaștere, convingeri, abilitate, atitudini, presiuni sociale și constrângerile ce țin de mediul înconjurător, se vor putea anticipa posibilele efecte ale unui program educațional și astfel, se vor selecționa indicatorii de succes într-un mod mai rațional și folositor.

Ar fi avantajos să se facă distincția între teoriile ce explică comportamentul și teoriile de schimbare a comportamentului, dar pentru că procesul de influențare a comportamentului este complex și toate comportamentele pot fi văzute ca fiind rezultatul evoluției neîntrerupte mai degrabă decât ca o reflectare a entităților interne stabile, această diferență nu este făcută. Viața este un proces continuu de întâlnire și rezolvare a problemelor, un proces al interacțiunii între

Scanned with OKEN Scanner

solicitările situaționale și factorii istorici precum și între factorii învățați și ereditari. Prin urmare, este dificil să se facă o deosebire netă între teoriile comportamentului sanogen și teoriile schimbării acestuia.

Acest capitol va descrie în primul rând câteva teorii de bază, extrem de relevante pentru promovarea sănătății. Apoi, vor fi expuse modelele specifice educației pentru sănătate și promovării sănătății.

Modelele considerate explicative pentru sănătatea orală au fost clasificate de unii cercetători în patru categorii: modele economice, socio-psihologice, modele bazate pe interactiune și modele construite pe perspectiva conflictului (Kirkegaard și Borgnakke, 1985; Petersen, 1985). Modelele economice explică măsura în care costurile și veniturile influențează cererea de servicii medicale (modelul utilității comportamentului preventiv). Modelele socio-psihologice focalizează pe modul de percepere a bolii, pe aprecierea nevoilor, atitudinii și motivației. Modelele bazate pe interacțiune consideră că, prin adoptarea unui anumit comportament, se consolidează atitudinile. Modelul bazat pe teoria conflictuală (Petersen, 1981) se bazează pe o perspectivă holistică și afirmă că întregul comportament relativ la sănătate trebuie explicat ca o rezultantă a sistemului social din care individul face parte.

Vom descrie în continuare ideile de baza ale catorva dintre cele mai cunoascute teorii și modele de schimbare a comportamentului, utilizate în medicina dentara.

4.3.2. Modelul Yale

Elaborat de McGuire (1978, 1984) ca o „matrice a persuasiunii" sau a „procesării informației", modelul Yale focalizează asupra lanțului

Scanned with OKEN Scanner

„cine spune, ce spune, cui și cu ce efect". Cercetătorii în domeniul sănătății orale consideră că este încă nevoie de cercetare pentru a descoperi măsura în care diseminarea de informație conduce la adoptarea unor comportamente dentare sanogene. Modelul Yale furnizează o listă structurată de variabile sau factori în relație directă cu impactul pe care mesajele persuasive îl au asupra atitudinilor – de exemplu, credibilitatea sursei, utilizarea mesajelor unilaterale versus bilaterale, comunicarea interpersonală versus mass-media și gradul de implicare al receptorului.

„Matricea persuasiunii" (Tabelul 10) este un mod de a conceptualiza procesul schimbării și de a înțelege complexitatea relațiilor între rezultate (schimbări ale cunoașterii, atitudinilor și comportamentului) și furnizarea de informații (comunicarea persuasivă și proprietățile sale).

Tabelul 10. Componentele matricei persuasiunii

Variabile independente: componentele comunicării → / Variabile subordonate: etapele convingerii	Sursa	Mesajul	Canalul	Receptorul	Destinația
Prezentarea mesajului → expunerea					
Atenție → informare					
Înțelegere → cunoaștere					
Acceptare → credințe/atitudini					
Reținere → perseverență, menținere					
Acțiune → comportament					

Conform acestui model, procesele fundamentale în schimbarea comportamentului sunt: atenția, înțelegerea, acceptarea și reținerea (memorarea). Aceste procese sunt influențate de sursă, mesaj, receptor și factorii ce țin de calea de transmitere. Modelul sustine că informația (dacă e furnizată de o sursă credibilă, familiară, într-o formă corespunzatoare, prin canale potrivite și dacă este urmarită, înțeleasă și acceptată) duce la schimbări ale cunoașterii și ale convingerilor. Aceste schimbări cognitive vor duce la schimbarea atitudinii (modificare afectivă) și a comportamentului (puterea voinței). Aceste ipoteze au fost puse sub semnul întrebării de numeroși cercetători. Modelul pare a fi o schemă logică: informația produce o schimbare în atitudine care are ca rezultat schimbarea comportamentului. Singura problema este că nu funcționează întotdeauna.

S-a sugerat că este mai bine ca modelul procesării informației să fie redus la explicarea schimbărilor în structura cognitivă (cunoaștere și convingere) în timp ce pentru modificările structurii afective și comportamentului să fie luate în considerare alte modele.

Modelul procesării informației nu ia în discuție acele conditii care ar putea să crească probabilitatea schimbării convingerilor care să ducă la modificarea atitudinilor sau probabilitatea schimbării atitudinilor care să duca la modificarea comportamentului. Flay (1981) a extins acest model – integrând și alte teorii care descriu mai bine organizarea afectivă și comportamentală, cum ar fi Teoria Actiunii Motivate și Modelul Credinței în Sănătate. În combinație cu alte modele, modelul procesării informației, cu adăugirile lui Flay, a fost folosit pentru a explica efectele campaniilor mass-media de

Scanned with OKEN Scanner

educație sanitară din Norvegia. De asemenea, acest model a fost inclus în „Studiul comportamentului de mentinere a sănătății orodentare" (Holund 1991).

Succesiunea și ierarhizarea efectelor a fost studiată de Ray (1973). El sugereaza că cele mai probabile procese sunt: ierarhia învățării (cunoaștere → afecțiune → voință), ierarhia disonanței atribuirii (voință → afecțiune → cunoaștere) și ierarhia implicării reduse (cunoaștere → voință → afecțiune). Ierarhia învățării survine atunci când există o implicare crescută și diferențe clare între alternativele comportamentale, ierarhia disonanței atribuirii atunci când există un interes crescut și alternative egale sau cu diferențe imperceptibile, iar ierarhia implicării reduse apare atunci când interesul este scăzut și diferențele între alternative sunt minime.

Referitor la comportamentul de menținere a sănătății orodentare nu se știe ce ierarhie ar funcționa. Oamenii în general nu prezintă un interes crescut față de problemele sănătății orale, cel putin nu cei care sunt ținta acțiunilor de educație. Aceasta poate orienta spre ierarhia implicării scăzute, însă diferențele între alternative (cum ar fi folosirea sau nu a floss-ului) pot fi percepute ca semnificative. Potrivit acestor constatări, nici una din ierarhiile menționate nu este potrivită în contextul educației pentru menținerea sănătății orale.

Astfel, mai multe cercetări sunt necesare pentru a stabili modelul (sau modelele) adecvat în acest domeniu. După cum au afirmat Heloe și Konig (1978), „mecanismele adoptării deprinderilor necesare pentru menținerea sănătății cavității orale și răspândirea informațiilor sunt, după cum se pare, numeroase, variate și confuze".

Scanned with OKEN Scanner

4.3.3. Modelul dinamicii grupului

Modelul dinamicii grupului privește ființa umană în dimensiunea ei socială, fiind mult mai mult decât un procesor pasiv și izolat de informații (K. Lewin, 1947, 1951), fiind văzut ca ființă socială, aflată în intimă dependență cu ceilalți pentru a putea cunoaște realitatea înconjurătoare și chiar pe ea însăși. Această teorie pune accent pe interacțiunile sociale. Ea presupune că motivul principal al schimbărilor în atitudini, credințe și percepții despre lumea înconjurătoare este discrepanța dintre atitudinea și comportamentul individului și regulile grupului din care face parte, ce va fi resimțită ca presiunea grupului. Această discrepanță este ceea ce determină schimbarea atitudinilor, credințelor și percepției lumii. Jucarea unui rol în cadrul unui grup conduce într-o mai mare măsură la schimbarea de atitudine comparativ cu ascultarea neparticipativă, ipoteza susținută și de proiectul de educație a copiilor școlari desfășurat de Jensen (1981).

Unul dintre cele mai importante aspecte ale acestui model este accentul pus pe efectul participării active în timpul interacțiunii grupului. Luând o poziție activă în prezența celorlalți, care nu dezvoltă o atitudine critică, ci chiar de susținere, indivizii pot să-și influențeze imaginea despre sine, se pot autoevalua și își pot schimba atitudinile și în final comportamentul. Modelul poate fi folosit și în tehnica „jucării unui rol" (studiul lui Janis și King, 1954), în care indivizii sunt puși în ipostaze diferite: să joace activ un rol, în care să aibă anumite atitudini și credințe și să fie ascultători pasivi pentru rolurile jucate de ceilalți. S-a observat că cei implicați activ sunt mult mai predispuși să-și schimbe atitudinea în mod persistent față de cei pasivi, cauza principală este datorată faptului că persoanele își

Scanned with OKEN Scanner

amintesc mai bine argumentele generate de ei decât pe ale celorlalți. Cercetările ulterioare au demonstrat că, pentru a fi eficient în schimbarea atitudinilor, jucarea unui rol trebuie să aibă drept subiecți indivizi cu un bagaj suficient de cunoștințe pentru a putea improviza argumentele (Janis și Mann, 1977).

4.3.4. Teoria învățării sociale

Teoria învățării sociale (Rotter, 1954; Bandura, 1969) susține ideea că întregul comportament este determinat de consecințele pe care persoana le așteapta să apară. Teoria a fost testată în medicina dentară în cadrul studiilor ce urmăreau scăderea consumului de țigarete.

Teoria socială a cunoașterii conține o gamă largă de concepte teoretice și a fost aplicată în multe domenii. Inițial, Miller și Dollard au introdus ceea ce ei numeau *teoria socială a învățării* pentru a explica imitarea comportamentului la animale și la oameni. Conceptele originale ale teoriei se bazau pe clasicele principii ale învățării și motivației ale lui Hull (1943). Teoria învățării explică în mod mecanic comportamentul. Individul este văzut ca o „cutie neagră" care emite comportamente numite răspunsuri, care sunt susținute de către alți oameni. Aceste sprijiniri sau recompense, rând pe rând, măresc probabilitatea executării comportamentelor respective și leagă apariția anumitor răspunsuri la stimuli particulari. Astfel, cresc probabilitatea apariției acelor răspunsuri numai în prezența stimulilor specifici. Hull a explicat de ce era mai probabil să se întâlnească anumite tipuri de comportament față de altele luând în considerare stări interioare numite stimulente. Hull consideră că animalele și oamenii dobândesc aceste stimulente, care sunt procesele psihologice

Scanned with OKEN Scanner

ce dictează comportamentul. De exemplu, foamea duce la căutarea și consumul de hrană. De asemenea, el afirmă ca răspunsurile unui organism sunt stimuli pentru alte organisme.

Albert Bandura publică în 1962 un articol despre imitare și învățare socială. În contradicție cu teoria învățării, care susținea că trebuie să fie aplicată recompensarea directă pentru învățare, Bandura propune copiilor să privească alți copii pentru a învăța un nou comportament și să nu fie răsplătiți în mod direct. Astfel, un copil învață observând comportamentul altora și recompensele primite de aceștia (sprijin indirect). Bandura a descris un concept de bază pentru schimbarea comportamentului care a accentuat teoria tradiționala a învățării. Mischel (1973) a propus pentru prima oară câteva elemente cognitive care au format baza cognitivă a Teoriei sociale a cunoașterii. Stokols a aplicat conceptul învățării observaționale pentru reducerea riscului bolilor cardiovasculare. În 1978, Bandura propune conceptul determinismului reciproc în care mediul, persoana și comportamentul par să fie într-o continuă interacțiune.

Teoria socială a cunoașterii este relevantă pentru programele educaționale din trei motive. În primul rând, teoria sintetizează diferite elemente cognitive, emoționale și de conduită ale schimbării comportamentului. În al doilea rând, construcțiile și procesele stabilite de teoria socială a învățării deschid multe căi pentru cercetarea și practica în educația sanogenă. În al treilea rând, această teorie permite aplicarea ideilor teoretice ilustrate în alte sfere ale psihologiei în schimbarea comportamentului, beneficiind de buna cunoastere și înțelegere a acestuia.

Scanned with OKEN Scanner

Conceptele teoriei sociale a cunoașterii

Determinismul reciproc. În cadrul acestei teorii, comportamentul este dinamic, depinzând de factori de mediu și de personalitate, toate acestea influențându-se unele pe altele simultan. Această continuă interacțiune între caracteristicile personalității, comportament și împrejurările în care acesta se desfășoară se numește determinism reciproc. Comportamentul nu este simplul rezultat al împrejurărilor și al personalității, așa cum împrejurările nu sunt numai rezultatul personalității și al comportamentului. În schimb, aceste trei componente interacționează permanent. Schimbarea unei componente are implicații pentru celelalte. Determinismul reciproc este acceptat în cadrul teoriei ca un principiu sau un postulat și nu este supus testelor empirice.

Exemple de *factori sociali* sunt membrii familiei, prieteni și colegi de serviciu sau de clasă. *Factorii fizici* pot include dimensiunea unei camere, temperatura ambiantă sau existența anumitor alimente. Termenul „situație" se referă la reprezentarea cognitivă sau mentală a împrejurărilor (include factori reali, denaturați sau imaginari) ce pot afecta comportamentul unei persoane. O situație este percepția factorilor înconjurători de către o persoană și poate cuprinde timp, spațiu, aspecte materiale, activități, participări și propriul rol în situația respectivă. Factorii de mediu și situațiile furnizează un cadru ecologic pentru a înțelege comportamentul.

Pe de o parte, factorii înconjurători pot afecta comportamentul fără știința persoanei respective. De exemplu, dacă fructele și legumele proaspete preferate sunt disponibile pentru copil, copilul va învăța probabil să includă aceste alimente în dieta lui. În orice caz,

Scanned with OKEN Scanner

dacă o persoană nu este sensibilă la oportunitățile din jurul lui, influența mediului înconjurător asupra comportamentului său va fi limitată corespunzator. Situația, pe de altă parte, îndrumă și limitează gândirea și comportamentul. De exemplu, situația socială și situația materială furnizează sugestii cu privire la modelele acceptabile de comportament. Dacă laptele degresat nu este tot timpul la îndemână, dar copilul îl percepe ca pe un aliment pe care colegii lui îl consumă și care este bun pentru sănătatea lui, copilul poate începe să bea și el lapte. O situație poate pune anumite probleme care cer atenția imediată, sau poate exclude și limita anumite tipuri de comportament.

Caracteristicile factorilor de mediu sunt de obicei rezultatul interacțiunilor personale sau comportamentale între oameni. Astfel, echipamentul de auto-injectare disponibil în casa unei persoane cu diabet reflectă de obicei resursele financiare și acțiunile unuia sau mai multor membri ai familiei pentru achizitionarea acestuia. Tiparele uzuale de interacțiune între membrii unei familii constituie un aspect al mediului: caracteristici familiale emergente. De exemplu, atunci când interacțiunile familiale obișnuite sunt caracterizate drept conflicte, dacă și în ce măsură membrii familiei cer informații sau ajutor unul de la altul va depinde foarte mult de interacțiunile cu caracter de sprijinire. Astfel, dacă un copil mănâncă anumite alimente, acest lucru depinde în parte de preferințele lui, de tipurile de alimente disponibile în casă, de îndemnurile părinților de a mânca acele alimente și de tipul alimentelor din zona respectivă, sau de anotimp.

Factorii de mediu au devenit din ce în ce mai importanți pentru schimbarea comportamentului. Caracteristicile climatului

Scanned with OKEN Scanner

familial și organizațional sunt variabile contextuale ce arbitreaza felul în care alte influențe afectează comportamentul.

Învățarea bazată pe observare. Factorii de mediu sunt importanți în teoria socială a cunoașterii în parte pentru că furnizează modele de comportament. O persoană poate învăța de la alta nu numai primind ajutor de la aceasta, ci și prin observarea respectivei persoane. Învățarea bazată pe observare are loc atunci când o persoană urmărește acțiunile altei persoane și întăririle pe care aceasta le primește. Acest proces a mai fost denumit recompensare indirectă sau experiență indirectă.

Învățarea prin observare este un mod de abordare mai eficient decât învățarea operantă pentru însușirea comportamentelor complexe. În cazul învățării operante, o persoană trebuie să execute un comportament care va fi ulterior consolidat. De-a lungul unui proces în care experimentează și face greșeli, persoana continuă să aibă un comportament care se apropie progresiv de performanța dorită. Acesta este un proces ineficient. În învățarea observațională, observatorul nu este nevoit să treacă prin acest stadiu consumator de timp în anumite situații. În schimb, cel ce învață descoperă reguli care sunt luate în considerare în comportamentul altora prin urmărirea comportamentului și a ajutorului primit de aceștia. Persoana învață ceea ce trebuie din comportamentele, insuccesele și greșelile altora.

În acest fel, pot fi aprofundate multe tipuri de comportament. Acest proces este valabil pentru membrii unei familii, care prezintă deseori modele comune de comportament. Copiii își observă părinții mâncând, bând, fumând, spălându-se pe dinți, folosind centurile de siguranță precum și variatele recompense sau penalizări pe care le

Scanned with OKEN Scanner

primesc pentru aceste acțiuni. Unii copii îi văd pe alti colegi fumând la școală și sunt atenți la satisfacțiile sau pedepsele primite de fumători. Dacă fumătorii primesc aprobarea observatorilor (acceptarea de către colegi, o imagine favorabilă), crește probabilitatea ca observatorii să se apuce de fumat.

Aptitudinile comportamentale

Comportamentul este complex și poate fi analizat la mai multe nivele, de la a lua masa, la a mânca anumite alimente și până la a mesteca de un numar de ori pentru a tritura o îmbucătură, de exemplu. Cei care se ocupă de educația pentru sănătate trebuie să specifice foarte clar comportamentul țintit.

Conceptul de aptitudini presupune că atunci când o persoană trebuie să se comporte într-un anumit fel, trebuie să stie ce este comportamentul (cunoașterea comportamentului) și cum să facă acest lucru. Acest concept permite o diferențiere între învățare și performanță, deoarece o temă poate fi învățată, în timp ce performanța presupune aptitudini.

Aptitudinea comportamentală este rezultatul exersării, capacității intelectuale și stilului de a învăța. Tehnicile de instruire furnizează informații despre ceea ce trebuie făcut, practicarea activității și feedback pentru perfecționare, până când respectivul comportament atinge un nivel predefinit de acceptabilitate.

Întărirea

Întărirea este elementul fundamental în forma operantă a teoriei învățării. Întărirea pozitivă sau recompensarea este o urmare a comportamentului unei persoane care crește probabilitatea ca acel comportament să se repete. În teoria operantă tradițională, întărirea

Scanned with OKEN Scanner

lucrează într-un mod mecanic necunoscut pentru a afecta comportamentul. De exemplu, un comentariu pozitiv („bună treabă!") face mai probabil ca respectivul comportament, care a fost lăudat, să se repete, mai ales dacă persoana prețuiește părerea comentatorului.

Întărirea negativă, de asemenea, crește șansele, dacă stimulul negativ dispare odată cu executarea comportamentului. De exemplu, fumatul este întărit negativ, deoarece nicotina inhalată înlătura stările proaste (depresie, anxietate și furie, de exemplu) și nevoia de o țigară.

Pedepapsa poate să reducă posibilitatea apariției unui comportament doar în situatiile în care persoana se așteaptă să o primească, altfel nu. Pentru copiii obezi, s-au stimulat exercițiile fizice deopotrivă prin încurajarea comportamentelor active, cât și prin micșorarea timpului pentru preocupările sedentare.

Teoria socială a cunoașterii cuprinde trei tipuri de întărire: directă (ca în condiționarea operantă), indirectă (în cazul învățării prin observare) și auto-întărirea (prin auto-control). În continuare, teoria clasifică aceste tipuri în externe (sau extrinseci) și interne (sau intrinseci).

Întărirea externă este urmarea unei întâmplări sau acțiuni despre care se știe că are o influență a cărei valoare poate fi anticipată. Întărirea internă este propria experiență sau percepție a persoanei despre importanța unui eveniment. Întărirea internă are efect asupra comportamentului care nu este influențat extern sau asupra celui influențat extern negativ. Programele educaționale care influentează în mod intrinsec au mai multe rezultate în învățarea, reținerea și stârnirea interesului în rândul subiecților. Pentru participanții care au relatat că au fost motivați în mai mare măsură intrinsec decât extrinsec, era mai mare probabilitatea că se vor lăsa de fumat.

Scanned with OKEN Scanner

Diferența între mecanismele recompenselor este foarte importantă în sfera cunoscută ca efectul suprajustificării. Dacă unei persoane i se acordă o recompensă din exterior pentru o activitate pentru care era motivată intrinsec, aceasta i se va părea mai puțin interesantă din punct de vedere al automotivării, pe viitor. De exemplu, dacă o persoană care, de obicei, face jogging cu plăcere, va fi plătită pentru a alerga o săptămână, s-ar putea să nu i se mai pară la fel de plăcut (sau folositor) ca înainte de a fi plătită pentru asta. Cercetătorii au arătat că orice fel de constrângere externă asupra comportamentului poate să reducă nivelul de motivare internă. Este indicat ca educatorii și teoreticienii în probleme de comportament să nu prevadă recompense externe pentru toate acțiunile de promovare a sănătății, pentru a se asigura ca interesul intrinsec pentru aceste activitati se va menține. Practicienii pot, în orice caz, să folosească recompense externe pentru acțiuni ce fac parte dintr-un program de schimbare a comportamentului – de exemplu, notițele zilnice în timpul unei diete, la care se poate renunța la sfârșitul programului – în timp ce accentuează recompensele interne date de schimbarea comportamentului.

Anticiparea rezultatelor

Anticiparea rezultatelor este aspectul comportamentului pe care Bandura l-a numit determinantul antecedent al comportamentului. O persoană învață că anumite evenimente se pot produce ca răspuns la propriul comportament într-o anumită situație și așteaptă să se întâmple când situația se ivește din nou. Pentru un comportament care nu este uzual, indivizii anticipează multiple aspecte ale situației în care se vor comporta într-un anume fel, dezvoltă și testează

Scanned with OKEN Scanner

strategii pentru a face față situației respective și prevăd ceea ce se va întâmpla ca rezultat al comportamentului lor în situația dată. În acest mod, indivizii își fac speranțe în legatură cu o situație și cu rezultatele comportamentului lor, înainte de a se afla propriu zis în situația respectivă. În majoritatea cazurilor, această atitudine de anticipare reduce anxietatea și crește capacitatea de a face față situației. **Speranțele** se formează în patru moduri: din experiența anterioara în situații similare (performanțele realizate), din observarea altor persoane în situații similare (experiența indirectă), auzind de la alții despre situații similare (puterea de convingere socială) și din reacții emoționale sau fizice la comportament.

Prevenirea fumatului la adolescenți constituie un exemplu despre modul în care anticipările evoluează și se schimbă. În general, un adolescent se așteaptă, din cauza publicității, a colegilor mai mari sau a adulților care sunt idolii lui, ca fumatul să fie o experiență distractivă și foarte interesantă sau că vor avea un aer de adult sau chiar mai senzual datorită fumatului. În programele de educație pentru sănătate, adolescenții pot fi instruiți să discute unii cu alții despre efectele sociale negative ale fumatului și despre cum să facă față presiunii de a fuma, venite din partea altor adolescenți. Acest mod de abordare a avut succes în împiedicarea fumatului de la început. A reusit, în principal, datorită consecințelor sociale negative (anticiparea rezultatelor negative).

Așteptarea rezultatelor

Asteptarea rezultatelor este diferită de anticipare deoarece reprezintă importanța pe care persoana o dă unui anumit rezultat. Așteptările au însemnătate, o valoare cantitativă ce poate fi pozitivă

Scanned with OKEN Scanner

sau negativă și sunt reprezentate de obicei pe o scala de la –1 la +1. Ele influențează comportamentul conform principiului hedonist; astfel, dacă sunt egale, o persoană va alege să aibă o activitate care amplifică un rezultat pozitiv sau micșoreaza un rezultat negativ.

Așteptările explică condiționarea clasică. De exemplu, în instruirea adulților supraponderali pentru a pierde în greutate, aceștia pot fi ajutați să înlocuiască efectele pozitive ale consumului de alimente cu cele negative. Aceasta se poate face prin accentuarea caracterului sănătos al scăderii în greutate, sau, chiar mai direct, plătind bani persoanelor pentru că au slăbit. Într-un studiu recent, așteptarea rezultatelor pozitive a indicat severitatea simpomelor date de renunțarea la fumat, și expectativa rezultatelor pozitive și negative, deopotrivă, au prevestit succesul încercării de a abandona obiceiul. Gusturile și preferințele pentru anumite mâncăruri pot fi considerate rezultate imediate ale consumului de alimente. Preferința era singurul indicator al consumului de fructe și legume în rândul copiilor, iar gustul – indicatorul principal al consumului de băutură printre adulti.

Așteptările pozitive ale unei persoane trebuie evaluate de la început în orice proiect destinat schimbării comportamentului, pentru a identifica factorii care motivează acel comportament. Mulți cercetători au observat că este mult mai probabil ca oamenii să facă sport pentru a dobândi beneficii pe termen scurt (să devină atractivi din punct de vedere fizic, să se simtă mai bine, să joace tenis cu prietenii), decât pentru avantaje pe termen lung (de exemplu, evitarea unui infarct peste treizeci de ani).

Programele de prevenire a fumatului în rândul adolescenților sunt mai utile dacă se accentuează efectele negative imediate ale

Scanned with OKEN Scanner

fumatului, cum ar fi respirația urât mirositoare sau caracterul neatrăgător decât efectele pe termen lung, ca morbiditatea și mortalitatea datorită cancerului și bolilor de inimă. Astfel, sublinierea rezultatelor pozitive imediate influențează mai degrabă abordarea unor comportamente dorite decât punerea în evidență a efectelor pe termen lung.

Auto-eficiența

Auto-eficiența reprezintă sentimentul de încredere în sine în legatură cu executarea unei activități, care include și încredințarea că vor fi depășite barierele. S-a sugerat că auto-eficiența este o premisă obligatorie pentru schimbarea comportamentului, deoarece influențează efortul depus pentru o sarcină dată, precum și nivelul de performanță atins. Atât tehnicile observaționale, cât și cele interactive de învățare pot fi folosite pentru inițierea și promovarea fiecărei secvențe a comportamentului țintă (Bandura). Repetarea executării unei sarcini formează auto-eficiența unei persoane prin modificarea așteptărilor legate de respectiva acțiune. Prin repetarea cu succes a acțiunilor, speranțele persoanei cu privire la realizarea sarcinii vor crește, ceea ce în schimb va afecta persistența, inițierea, durata activității și astfel este încurajată schimbarea comportamentului.

De aceea, specialistii care instruiesc persoanele diabetice să-și injecteze insulina, de exemplu, pot să împartă procesul în mai multe etape, indivizii putând să le învețe prin repetare (de exemplu, aspirarea în seringa a unei cantități corecte de insulină, asigurându-se în același timp că materialele rămân sterile, eliminarea bulelor de aer din interiorul seringii și verificarea nivelului fluidului). Simplificând fiecare pas și permițând indivizilor să exerseze fiecare etapă singuri,

Scanned with OKEN Scanner

cu multe repetări, le va da posibilitatea să devină auto-eficienți în executarea fiecărui pas.

Atunci când persoanele sunt încrezătoare în fiecare etapă, vor putea să cumuleze pașii și să fie auto-eficienți în întreaga problemă. Măsura auto-eficienței depinde de comportamentului țintit precum și de barierele întâlnite și de înțelegerea și capacitățile celor în cauză.

Auto-controlul executării

Termenul executare se referă la comportamentul uman destinat atingerii unui obiectiv. Unul din obiectivele educației pentru sănătate este să aducă executarea comportamentului sanogen sub controlul individului. Bandura a sugerat că sistemul de auto-control are în componență câteva subfuncții. Acestea includ monitorizarea unui comportament și a determinanților și efectelor acestuia; compararea comportamentului și a rezultatelor sale cu standardele personale, mai ales cu obiectivele propuse; și auto – recompensarea, mai ales reacția afectivă. Auto-eficiența deține un rol important în auto-control, influentând măsura în care persoana va alege să-și schimbe comportamentul precum și practicarea pentru a căpăta încredere în capacitatea de auto-reglare.

Stabilirea unor criterii ale executarii, sau a unor obiective, poate să fie factorul cel mai important. Promovarea auto-controlului necesită focalizarea pe un tip specific de comportament. Într-un program pentru scăderea în greutate, de exemplu, un obiectiv ca „reducerea dulciurilor" poate să fie prea vag pentru a produce rezultate vizibile, deoarece persoana poate deveni confuză în legatură cu țelurile actuale, sau poate să facă doar schimbări minore, care sunt în conformitate cu ținta propusă, dar care nu duc la scăderea în

Scanned with OKEN Scanner

greutate. O persoană poate reduce dulciurile, de exemplu, căutând să mănânce 8 prăjituri pe zi în loc de 11.

Stăpanirea stărilor emoționale

Bandura a observat că stările emoționale excesive inhibă învățarea și executarea și a sugerat că anumiti stimuli duc la creșterea temerilor. Aceste temeri produc stări emoționale și declanșează comportamente defensive. După modul în care comportamentul defensiv acționează efectiv asupra stimulilor, frica, anxietatea, ostilitatea sau stările emoționale se vor reduce.

Diferite categorii de comportamente pentru stăpânirea stărilor emoționale și fiziologice au fost identificate de Moos. O categorie este apărarea psihologică (negarea, reprimarea și sublimarea). O altă categorie include mai multe tehnici cognitive cum ar fi restructurarea problemei. A treia categorie e reprezentată de tehnici de reducere a stresului (relaxarea progresivă sau exerciții) ce tratează simptomele suferinței emoționale. A patra categorie include metode de rezolvare efectivă a problemelor (clarificarea și identificarea problemei, selectarea și implementarea soluțiilor pentru tulburările emoționale).

Deși multe programe folosesc strategii pentru organizarea comportamentului, aceste strategii variază de la individ la individ și în funcție de cultură. De exemplu, unii dintre indivizii supraponderali consideră dificil să-și nege sau să-și reprime condiția. De obicei, oamenii au o reacție negativă față de cei supraponderali și aceste reactii pot să sporească anxietatea acestora. Pentru unii oameni obezi, anxietatea cauzează mai departe consumul exagerat de alimente. Anxietatea crescândă îngreunează primirea mesajelor de la specialiștii în sănătate. De aceea, educatorii și oamenii de știință

Scanned with OKEN Scanner

trebuie să ajute oamenii să învețe metode care să le fie de folos în diminuarea stărilor emoționale, înainte de a-i ajuta să-și schimbe comportamentul, sau să amâne intervențiile până când scade anxietatea.

Revizuirea determinismului reciproc

Este necesară rediscutarea conceptului determinismului reciproc prin prisma componentelor teoriei sociale a cunoașterii, amintite anterior. Prin schimbarea caracteristicilor unei persoane, a factorilor de mediu sau a comportamentului, situația se schimbă și comportamentul, situația și persoana se reevaluează.

De exemplu, de la o persoană care este împotriva exercițiilor fizice, prietenii săi se așteaptă să ducă o viață sedentară. Persoana a confirmat această parere evitând activitățile fizice sau sociale care ar fi implicat exerciții fizice (de exemplu, gimnastică sau jocuri pe teren). La un moment dat însă, un eveniment dramatic (de exemplu, moartea unui membru apropiat al familiei datorită unui atac de inimă și informarea că atacurile pot fi favorizate și de un stil de viață sedentar) poate surveni în viața acestui om și-l poate face să înceapă să facă mișcare. Pe de altă parte, persoana se va ciocni acum de părerile prietenilor săi sedentari, care pot face presiuni asupra lui să nu se schimbe. Pentru a evita aceste presiuni negative, va căuta să găsească noi prieteni (un nou mediu social) care apreciază exrecițiile fizice și încurajează noul lui comportament (efect reciproc). Această schimbare, pe de altă parte, poate motiva un prieten sedentar să înceapă și el să facă mișcare (efect reciproc asupra prietenului), iar acesta, fie va schimba obiceiurile altor prieteni sedentari, fie își va face noi prieteni cu interese comune.

Scanned with OKEN Scanner

Acest mod de schimbare a comportamentului subliniază cât de important este pentru profesioniști să evite simpla abordare a schimbării unidirecționale. Determinismul reciproc poate fi folosit ca avantaj în programele care se concentrează pe schimbarea factorilor de mediu și mai puțin pentru cele ce acționeaza asupra individului izolat.

4.3.5. Modelul acțiunii pentru menținerea sănătății

Acest model (Tones 1987; 1990) servește ca fundament teoretic pentru cercetarea diversilor factori ce guvernează deciziile în vederea menținerii sănătății. Modelul furnizează o vedere de ansamblu asupra acestor influențe și descrie interacțiunea între cunoaștere, credințe, valori, atitudini, tendințe și presiuni normative și caută să arate cum acestea sunt asociate cu intențiile individuale de comportament. Acest model indică, de asemenea, modul în care factorii ce țin de mediul înconjurător, informația și abilitatea personală pot facilita transformarea intențiilor în comportament sanogen.

Acest model este preocupat de alegerile distinctive, deliberate într-un singur timp. El încearcă să definească factorii ce conduc spre decizia individuală de efectuare a unei acțiuni specifice, cum ar fi vizita anuală la stomatolog pentru control sau trimiterea unei plângeri către Direcția de Sănătate Publică locală în legatură cu sponsorizarea activităților sportive de către producatorii de țigări.

Așa cum s-a menționat mai sus, această alegere poate fi de asemenea primul pas în direcția schimbării unui obicei pentru totdeauna (de exemplu, renunțarea la folosirea zahărului pentru îndulcirea ceaiului). Poate fi, în mod similar, primul pas în abordarea unui comportament complet nou, cum ar fi activitatea fizică regulată.

Scanned with OKEN Scanner

Oricare ar fi natura alegerii, aceasta este influențată de trei sisteme majore. Acestea sunt sistemul încrederii, sistemul motivației și sistemul normativ.

Modelul îmbină elementele fundamentale ale modelului credinței în sănătate. De asemenea, se apropie și de teoria acțiunii motivate și ia în considerare și acele concepții care adoptă o perspectivă sociologică, cum ar fi modelul interventiei sociale elaborat de Baric (1979).

În orice caz, modelul este diferit în mod categoric de aceste abordări, prin unele aspecte importante. De exemplu, în afară de sublinierea importanței acelor factori inhibitori și facilitanți amintiți mai sus, modelul admite și modurile în care „factori de conducere" puternici pot să distrugă atitudini și valori dobândite și competențe importante în determinarea unui anumit comportament.

4.3.6. Teoria protecției motivate

Teoria protecției motivate este un alt model mixt (R.W. Rogers 1975, Prentice-Dune și Rogers 1986). Teoria originală își propunea să furnizeze o transparență conceptuală pentru a înțelege semnalele fricii (R.W.Rogers, 1975), dar teoria a fost extinsă mai târziu pentru a cuprinde informații despre comportamentul sanogen sub amenințare (1983). Ca și modelul credinței în sănătate și cel al acțiunii motivate, și acest model poate fi încadrat în teoria așteptării rezultatelor.

Atunci când o persoană recepționeaza un mesaj în legătură cu o amenințare pentru propria sănătate, sunt inițiate două procese cognitive: estimarea pericolului și evaluarea riscului maxim. Procesul estimării pericolului evaluează factorii care măresc sau diminuează

Scanned with OKEN Scanner

probabilitatea apariției fenomenului lipsei de adaptare. Reacția poate consta într-un comportament nou, spre exemplu persoana se apucă de fumat, sau un comportament obișnuit, cum ar fi renunțarea la centura de siguranță. Variabilele care cresc probabilitatea apariției lipsei de adaptare sunt satisfacții intrinseci (plăceri fizice) și satisfacții extrinseci (aprobare socială). Factorii care reduc această probabilitate sunt severitatea de necontestat a pericolului și percepția vulnerabilității față de pericolul respectiv.

Apariția senzației de teamă influențează percepția severității, dar are numai un efect indirect pentru o eventuală schimbare de comportament. Evaluarea pericolului în totalitate este o sumă a variabilelor ce sporesc sau diminuează probabilitatea apariției unui comportament neadaptat.

Pe lângă evaluarea pericolului, individul face și o estimare a riscului maxim. Aceasta constă, partial, în aprecierea eficacității unui răspuns preventiv care va îndepărta pericolul perceput (eficacitatea răspunsului) și evaluarea propriei abilități de a începe și de a duce la bun sfârșit răspunsul de adaptare (auto-eficiența). Auto-eficiența este o componentă crucială pentru evitarea situațiilor amenințătoare (Bandura 1977, Bandura, 1986).

O trăsătură importantă a modelului, rolul categoric al stăpânirii de sine, a fost neglijat în toate teoriile despre așteptarea rezultatelor. Astfel, implicația este că existența unei alternative pentru comportamentul nesanogen neadaptat nu este suficientă: fiecare trebuie să se simtă capabil să ducă la bun sfârșit o acțiune preventivă. Trebuie precizat că simțul auto-eficienței este independent de „obstacolele" la care se va face referință în modelul credinței în sanatate. Auto-eficienta

Scanned with OKEN Scanner

influențează nu numai răspunsul, ci și cantitatea de energie cheltuită și rezistența în fața obstacolelor (Bandura, 1982).

4.3.7. Teoria acțiunii raționale

Teoria acțiunii raționale (ulterior teoria comportamenului planificat) se concentrează asupra explicării relațiilor dintre atitudini și comportament și susține că atitudinea unei persoane față de un subiect influențează întregul sistem al reactiilor sale, dar nu prezice modul în care va acționa (Ajzen și Fishbein, 1977, 1980). Intenția comportamentală, ca funcție a atitudinii, poate prezice un anumit comportament numai dacă acesta este supus în totalitate controlului voinței.

Teoria spune că comportamentul voit (de exemplu, consumul de dulciuri) este determinat de intenția comportamentală („ăți place ideea de a reduce consumul de dulciuri luna viitoare?"). Intenția comportamentală depinde de atitudinea față de performanța abținerii de la acel comportament comportament („Cât de plăcut este să mănânci dulciuri?") și normele subiective („Mulți oameni care sunt importanți pentru tine cred că este cazul să reduci consumul de dulciuri?").

Atitudinea depinde de credințele despre consecințele comportamentului („ân ce măsura ești sau nu de acord că dulciurile dăunează dinților tăi?") și de evaluarea importanței acestui fapt („Cât de important este pentru tine să previi caria dentară?"). Normele subiective depind de așteptările persoanelor importante din anturaj („Părinții/prietenii tăi cred că trebuie să reduci consumul de dulciuri?") și de motivația de a se conforma acestor așteptări („Cât este de important pentru tine să le faci pe plac părinților tăi?").

Scanned with OKEN Scanner

Această teorie a fost testată și folosită în studii pentru explicarea și prezicerea mai multor tipuri de comportament: consumul de zahăr (Freeman, 1984), periajul dentar (Bateman, 1985), cererea pentru servicii stomatologice, fumatul, folosirea contraceptivelor, practicarea exercițiilor fizice.

4.3.8. Teoria disonanței cognitive

Festinger (1957) a înaintat conceptul conform căruia discrepanțele sau contradicțiile între propriile atitudini și ale altor persoane cauzează o stare de tensiune incomodă pe care oamenii tind să o reducă sau să o elimine. El a admis că această discrepanță există în totalitate în interiorul propriului sistem cognitiv.

Conform acestei teorii, două elemente cognitive pot fi compatibile, incompatibile sau irelevante unul față de altul. Două elemente sunt compatibile (în armonie, potrivite) atunci când unul rezultă din celalalt și incompatibile (nepotrivite) în cazul în care cunoașterea unuia sugerează opusul celuilalt. În fine, două elemente pot fi irelevante atunci când, cunoscând unul din ele, nu poti să stii la ce să te aștepți în privința celuilalt. Amploarea disonanței încercată de un individ depinde de trei variabile: importanța fiecărui element de cunoaștere, raportul între percepțiile disonante și cele armonioase care există în acel moment și corespondența funcțională a obiectelor și activităților reprezentate de fiecare percepție.

Principala idee a acestei teorii este importanța reducerii distonanței. Festinger sugerează în acest sens trei modele:

- persoana respectivă poate schimba unul din elemente pentru ca cele două elemente să devină mai armonioase.

Scanned with OKEN Scanner

- poate adăuga alte elemente de cunoaștere în armonie cu cele prezente.
- poate reduce disonanța prin schimbarea importanței acelui fapt de cunoaștere.

Pentru modificarea atitudinilor, în conformitate cu această teorie, schimbarea de comportament ar trebui să fie indusă în condiții atent selecționate, ca de exemplu atunci când apare o oportunitate de exprimare a unei noi atitudini, rezultatul poate fi exprimarea atitudinii schimbate.

Asa cum s-a mentionat anterior, interpretarea de roluri poate fi o tehnică puternică pentru realizarea schimbării atitudinii. O explicație a acestei modificări poate fi apariția disonanței cognitive, care survine în momentul în care persoana respectivă interpretează un rol ce presupune concepte și atitudini ce sunt inconsecvente cu ale sale. O cale de reducere a distonanței este schimbarea propriei atitudini, pentru a o aduce la același nivel cu comportamentul nou (care provoacă discrepanță).

4.3.9. Modelul difuziunii inovației

Conceptul de bază al acestei teorii (Rogers și Shoemaker, 1971) este modul diferit în care oamenii trec prin cele cinci stadii: conștientizare, interes, încercare, decizie și adoptare.

Rogers a stabilit că procesul de comunicare urmează un tipar al difuziunii și a descris cinci grupuri de persoane (adoptori): adepții schimbării (inovatorii), cei ce acceptă schimbarea imediat, marea majoritate a celor care acceptă ideile noi, cei ce acceptă schimbarea cu întârziere și leneșii.

Scanned with OKEN Scanner

Cei ce adoptă o schimbare cel mai repede, adepții inovației, fac parte din clasa de mijloc și sunt mai îndrăzneți și într-o continuă căutare de informații în legătură cu noi idei. Media este o sursă de noi idei pentru adepții inovației.

Adepții de la început sunt membrii respectați ai sistemului social.

Cea de-a treia categorie acceptă o idee nouă deliberat, chiar înaintea membrilor sistemului social. În primele trei grupuri, adoptarea unei schimbări este bazată în primul rând pe raționamentul fiecăruia în privința costurilor și beneficiilor acesteia.

Următorul grup, al celor care acceptă schimbarea cu întârziere, este situat pe o treaptă inferioară a influenței sociale și a statusului social și află despre noile idei în primul rând de la cei ca ei prin intermediul influenței sociale mai degrabă decât prin intermediul canalelor media. Ultima categorie de adepți este formată din persoane mai izolate de rețeaua tradițională și comportamentul lor este mai putin sensibil la idei noi, influența celor din jur, sau alte presiuni sociale.

Acest model este singurul care folosește în mod conștient dimensiunea timpului ca variabilă explicativă majoră. Modelul se concentrează asupra *procesului* schimbării de-a lungul timpului, independent de *mesajul* recepționat de populația țintă.

El a fost adaptat pentru comportamentul sanogen și schimbarea stilului de viață de către Green (1980), Green și McAlister (1984) și folosit pentru a explica adoptarea și implementarea programelor pentru folosirea apelor de gură cu fluor în școli. (Coombs și colab., 1981).

Scanned with OKEN Scanner

Modelul răspândirii informației într-o populație este înrudit cu alte modele și concepte aplicate în cercetările din comunicarea mass-media. În contribuțiile teoretice mai timpurii (1955) ale lui Katz și Lazarsfeld, a fost propusă ipoteza răspândirii mesajului în două etapesau trepte. Mass-media nu influențează audiența la fel de direct și eficient ca la începuturile radioului și televiziunii. Lipsa acestor efecte directe a fost atribuită proceselor din preajma receptorilor și s-a presupus că o parte a indivizilor din audiență ar avea un rol special ca lideri de opinie. Liderii de opinie interpretează, subliniază și modifică mesajul receptionat. Ipoteza răspândirii în doi timpi a fost modificată de multe ori. Este posibil ca procesul difuziunii să fie mai complex și informația să se răspândească în mai mult de două etape. Toti oamenii sunt posibili receptori ai mesajului, dar numai cei mai influenți și mai bine informați sunt cei mai în măsură să știe cum trebuie înțeles și impus mesajul. De asemenea, se susține că liderii de opinie, ei insisi, deși mai expuși mass-media decât cei pe care îi influențează, sunt la rândul lor influențați mai întâi de cei din jur.

4.3.10. Modelul marketingului social

Modelul marketingului social constă în utilizarea tehnicilor marketingului comercial pentru a promova adoptarea unui comportament care va îmbunătăți sănătatea sau bunastarea audienței țintă sau a societății ca întreg (Weinreich, 1999).

Deși există multe diferențe între marketing și strategiile de schimbare a comportamentului, unele idei de bază și concepte pot fi folosite pentru a înțelege comportamentul uman. Acceptarea unei idei, ca și adoptarea oricărui produs, necesită o profundă înțelegere a

Scanned with OKEN Scanner

nevoilor și percepțiilor umane, a preferințelor grupurilor de referință și a modelelor comportamentale ale audienței țintă. De asemenea, trebuie cunoscute structura mesajelor, efectul media, costurile și înlesnirile pentru a mări procesul de acceptare a ideii respective.

Multe dintre teoriile comportamentale descrise anterior au fost folosite în domeniul marketingului, pentru a influența comportamentul consumatorului (Engel și Blackwell 1982).

Acest model a fost folosit pentru a crește consumul de legume și fructe, pentru a scădea consumul de grăsimi saturate și pentru a crește utilizarea serviciilor medicale.

4.3.11. Modelul comportamentului sanogen

De-a lungul ultimelor decenii, a apărut un număr de contexte teoretice care încearcă să explice comportamentul sanogen individual. Modelele prezintă diferențe considerabile între perspectivele teoretice, tipul de comportament sanogen pe care încearcă să-l explice și între termenii utilizați pentru a eticheta dimensiunile și variabilele respective.

Cele mai multe modele derivă din teorii psihologice si comportamentale. O singură teorie este de obicei insuficientă pentru a cuprinde toate variabilele importante pentru modelele conceptuale ale promovării sănătății. Din acest motiv, au fost sugerate modele alternative bazate pe un cadru teoretic variat (economic, sociodemografic, sociocultural și concepte de organizare).

Modelul credinței în sănătate

Pentru mai mult de patru decenii, modelul credinței în sănătate a fost unul din cele mai utilizate concepte în schimbarea comportamentului. Modelul a fost folosit deopotrivă pentru schimbarea

Scanned with OKEN Scanner

comportamentelor nesanogene și menținerea schimbării, cât și pentru îndrumarea intervențiilor de schimbare a comportamentului. Modelul credinței în sănătate a fost extins și împărțit în două componente, comparat cu alte teorii și analizat folosind un sortiment foarte bogat și variat de tehnici analitice. În plus, în decursul ultimelor două decenii, cercetarile s-au concentrat aupra precizării capacității și limitelor acestui model, precum și asupra relațiilor între concepte.

Vom trece în revistă ideile esențiale ale modelului și, de asemenea, vor fi examinate și alte elemente psihologice care pot explica într-o măsură mai mare asociatiile din cadrul modelului. Vor fi luate în considerare trei aspecte mai importante ale modelului: componentele sale, relațiile dintre aceste componente și cum poate fi folosit modelul pentru a examina problemele îngrijorătoare de sănătate publică.

Componentele modelului credinței în sănătate. De-a lungul timpului, multe cercetări au dezvoltat și au clarificat modelul și i-au extins aplicabilitatea dincolo de simpla explicație a comportamentului, pentru a include acțiuni de prevenire, explicarea comportamentului bolnavilor precum și a consecințelor comportamentului nesănătos (Tabelul 11). În general, este acceptată ipoteza potrivit căreia indivizii vor acționa în sensul controlării condițiilor care favorizeaza apariția bolii, numai dacă:

- se consideră susceptibili la aceste condiții
- cred că acestea pot avea consecințe grave
- consideră că anumite acțiuni pot fi benefice
- percep posibilitatea depășirii obstacolelor anticipate
- beneficiile obținute sunt mai mari decât eforturile depuse pentru schimbare.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 11. Concepte și definiții ale modelului credinței în sănătate

CONCEPT	DEFINITIE	APLICATIE
Susceptibilitatea percepută	Percepția subiectivă asupra riscului de îmbolnăvire	Definirea și particularizarea riscului pentru fiecare persoană, punând accent pe riscul actual individual
Severitatea percepută	Percepția asupra îmbolnăvirii și a consecințelor bolii	Specificarea consecințelor negative ale riscului, gravitatea potențialei boli
Percepția beneficiilor	Opinia personală despre eficiența acțiunii în reducerea riscului sau a severității bolii	Definirea cu exactitate a acțiunilor (unde, cum, când) și efectele pozitive ale acestora
Barierele percepute	Percepția costurilor tangibile și psihologice ale acțiunii	Identificarea și minimalizarea barierelor prin oferirea informațiilor corecte, asigurări, asistență (ajutor) și recompense
Metode de stimulare – acțiune	Strategii pentru accelerarea disponibilității de a acționa	Explicarea căilor de acțiune, promovarea conștientizării, reamintirea permanentă
Auto – eficiența	Convingerea proprie a persoanei că poate practica cu succes comportamentul dorit	- asistarea, ghidarea, ajutorul oferit - folosirea țintelor progresive (nu totul deodată) - recompense verbale (laude) - demonstrarea comportamentului dorit, reducerea anxietății

Scanned with OKEN Scanner

4.3.12. Modelul acțiunii pentru menținerea sănătății

Modelul acțiunii pentru menținerea sănătății (Tones, 1987; Tones și colab., 1990) servește ca fundament teoretic pentru cercetarea diverlilor factori ce guvernează deciziile în vederea menținerii sănătății: cunoaștere, credințe, valori, atitudini, tendințe și presiuni normative și caută să arate cum acestea sunt asociate cu intențiile individuale de comportament. Acest model încearcă să definească factorii care conduc spre decizia individuală de efectuare a unei acțiuni specifice cum ar fi, de exemplu, vizita anuală la stomatolog pentru control.

4.3.13. Teoria motivației pentru protecție

Teoria motivației pentru protecție apreciază că, atunci când primește un mesaj referitor la factorii care amenință sănătatea, o persoană va evalua factorii care cresc sau scad probabilitatea apariției răspunsului neadaptat, dar și eficacitatea unui răspuns preventiv (strategie de coping) care va îndepărta pericolul perceput.

4.3.14. Teoria comportamentului social

Teoria comportamentului social (Triandis, 1980) consideră intenția comportamentală drept un factor major de prezicere a comportamentului, însă nu este singurul element important și mai ales nu în cazul comportamentelor considerate obișnuite. În cazul secvențelor comportamentale care au devenit automatisme, obișnuința este foarte importantă și poate cântări mai mult decât intenția.

În cadrul acestui model, intenția comportamentală este determinată de o componentă cognitivă despre consecințele executării unei

Scanned with OKEN Scanner

acțiuni și evaluarea acestor consecințe, o componentă afectivă, exprimată ca răspuns emoțional al individului la ideea de a adopta un anumit comportament și o componentă socială, referitoare la comportamentul studiat, la care se adaugă convingerile normative personale, care evaluează părerea individului despre obligația de a executa comportamentul în cauză.

Variabilele cele mai des utilizate sunt convingerile normative, cum ar fi caracterul potrivit al adoptării comportamentului respectiv pentru un membru al unui grup de referință și convingerile date de ocuparea unei funcții, cum este oportunitatea adoptării comportamentului pentru o persoană care ocupă o poziție specifică în structura socială. Pentru prezicerea probabilității de desfășurare a unei anumite acțiuni au fost introduși termenii „incitare fiziologică" a individului și „condiții facilitante". Acești doi factori ar trebui multiplicați cu suma dintre valoarea intenției și a deprinderii pentru a prezice comportamentul. Incitarea fiziologică există atunci când individul ocupă o pozitie înaltă sau când este într-o situatie relevantă pentru valorile individuale. Condițiile facilitante sunt definite ca factori obiectivi înconjurători care favorizează executarea unei acțiuni.

În comparație cu alte modele prezentate, această teorie este mai detaliată în ceea ce privește factorii sociali. Distincția între convingerile normative și convingerile date de ocuparea unei functii este foarte importantă. Convingerile normative au tendința să fie uniforme într-un grup social cu un grad scăzut de cultură. Convingerile date de o anumită funcție pot să fie unice pentru o categorie de persoane care ocupă o poziție particulară într-o comunitate, un mediu

Scanned with OKEN Scanner

cultural sau un sistem social. Un set de astfel de convingeri poate fi comun numai persoanelor care au aceeași funcție.

Modelul nu include un feedback între comportament și convingeri, nu ține seama de perspectiva teoriei propriei percepții elaborată de Bem (1972). Bem priveste atitudinile și credințele comportamentale ca pe un rezultat al percepției propriului comportament. El susține că percepem propriul comportament în același mod în care percepem comportamentul altora.

Wallston și Wallston (1984) au comparat valoarea teoriei comportamentului social, a modelului credinței în sănătate, a teoriei acțiunii motivate și au concluzionat prin a sugera un model sintetizat, alcătuit din cele trei teorii (sau modele). Ecuatia fundamentală a acestui model este aceea că **prezicerea comportamentului este dată de intenția comportamentală, deprindere și condiții facilitante.** Acest model global este similar ecuatiei lui Triandis dar diferă în unele privințe. Condițiile facilitante în modelul propus de Wallston și Wallston constau în cunoașterea acțiunii, abilitatea de a executa comportamentul respectiv și incitarea. Acest model a fost testat empiric de Feldman și Mayhew (1984) într-un studiu de perspectivă referitor la comportamentul legat de dietă. Autorii subliniază că acesta conține tipuri variate de comportament iar factorii social – psihologici joacă un rol distinctiv, în functie de tipul de comportament.

4.3.15. Teoria comportamentului – problemă

Jessor (1984) accentuează condiția nesatisfăcătoare a teoriilor ce vizează starea de sănătate a adolescenților, în ceea ce privește înțelegerea naturii comportamentului de risc la adolescent. Teoria

Scanned with OKEN Scanner

comportamentului – problemă enunțată de Jessor se bazează pe perspectivele teoretice ale lui Kurt Lewin.

Teoria, formulată inițial în 1977, se bazează pe relațiile social -psihologice ce se realizează în și între trei sisteme majore: sistemul personalității, sistemul de percepție a mediului înconjurător și sistemul comportamental. În cadrul fiecărui sistem, structura variabilelor pe care le conține este legată și organizată într-un mod care să genereze o situație dinamică numită predilecție, care însumează probabilitatea apariției comportamentului – problemă sau a comportamentului riscant pentru sănătate. Astfel, teoretic, este posibil să vorbim despre predilecția dată de personalitate, predilecția dată de factorii de mediu sau predilecția comportamentală și combinarea lor ca predilecție psiho – socială pentru dezvoltarea unui comportament problemă. Factorii psiho -sociali reprezintă cheia teoretică de bază pentru a prezice și a explica comportamentul tinerilor.

Diverse studii au confirmat că teoria comportamentului problemă furnizează contextul teoretic necesar pentru a identifica factorii etiologici predictivi pentru urcatul la volan sub influența alcoolului la adolescenți, folosirea centurilor de siguranță și comportamentul legat de menținerea stării de sănătate oro-dentară la copiii din școala generală.

4.3.16. Modelul PRECEDE

PRECEDE este un acronim de la P (predisposing = predispoziție), R (reinforcing = întărire), E (enabling = a permite), C (causes = cauze), E (educational = educație), D (diagnosis = diagnostic) și E (evaluation = evaluare). Elaborat de Green și colab.

Scanned with OKEN Scanner

(1980), este mai curând un model destinat planificării educației pentru sănătate decât o teorie a comportamentului sanogen. Cu toate acestea, o parte a modelului, **diagnosticul educational**, este elementul cel mai relevant și se referă la evaluarea cauzelor comportamentului legat de sănătate.

Factorii care influențează comportamentul se împart în trei categorii diferite: predispozanți, permisivi și de întărire (susținere). Green și colaboratorii au subliniat că nu a fost concepută configurația acestor factori pentru a forma un model cauzal al schimbării de comportament atotcuprinzător. Mai exact, acești factori au fost selectați datorită oportunității lor de a sorta determinanții schimbării de comportament cei mai potriviți pentru educația în sănătate.

Factorii predispozanți includ informațiile, atitudinile, credințele, valorile și percepțiile, factori demografici ca statusul socio-economic, vârsta și sexul. Acești factori sunt anteriori comportamentului și generează rațiunea sau motivația pentru acel comportament. În acest context, Green și colaboratorii menționează utilitatea modelului credinței în sănătate.

Factorii permisivi sunt factori antecedenti comportamentului ce fac posibilă realizarea unui imbold sau a unei aspirații și sunt reprezentați de resursele și aptitudinile necesare care facilitează comportamentul sanogen (personalul medical, școlile, serviciile sanitare). Exemplele de resurse și abilități se pot extinde de la folosirea adecvată a tehnicilor de relaxare și a exercițiilor fizice până la utilizarea varietății de instrumente medicale și proceduri de diagnostic necesare în mod frecvent în cadrul programelor de auto-

Scanned with OKEN Scanner

îngrijire. Factorii de întărire (susținere) sunt cei care furnizează recompensarea, răsplata continuă pentru succesele obținute sau pedepsele aplicate și au rol în continuitatea progreselor sau în dispariția comportamentului nedorit.

S-a făcut o comparatie între modelul credinței în sănătate, teoria acțiunii motivate și modelul PRECEDE privind aplicabilitatea lor în prezicerea schimbărilor apărute în consumul de țigări, de dulciuri și mâncare prăjită într-un interval de opt luni. Modelul PRECEDE a explicat mai multe variații ale comportamentului decât celelalte două (cu excepția fumatului), dar a necesitat mult mai multe întrebări. Atunci când intenția, auto-eficiența și cadrul social au fost adaugate modelului credinței în sănătate, acest model „nou" a prevazut cam tot atâtea sau chiar mai multe schimbări de comportament ca PRECEDE, exceptând cazul prezicerii numărului de țigări fumate.

4.3.17. Teoria simțului coerenței

Teoria simtului coerenței, (Antonovsky, 1979), sugerează că starea normală a proceselor organismului uman este de dezordine, entropie și distrugere a homeostaziei. Cu cât persoanele au simtul coerenței mai puternic, cu atât mai mult pot evita amenințarea și pericolul și este mai mare probabilitatea pentru aceste persoane de a se angaja în activități ce promovează sănătatea și de a le evita pe cele ce o pun în pericol.

Cu toate că teoria simțului coerenței, elaborată de Antonovsky (1979) este o abordare teoretică a înțelegerii și a modului de tratare a problemelor legate de comportament, contribuția adusă de această

Scanned with OKEN Scanner

toerie în domeniul comportamentului sanogen este evidentă. Esența tiparului este concentrarea asupra reușitei, asupra a ceea ce poate fi numit imunologie comportamentală. Întrebarea care se pune nu este „Cum se poate feri cineva să nu se îmbolnăvească mai rău ?", ci „Cum se poate ajuta cineva să devină mai sănătos?", atunci când o persoană este bolnavă pentru o perioadă de timp mai îndelungată.

Aceasta teorie este definita ca o „orientare globală ce exprimă măsura în care fiecare are un sentiment universal, solid și în același timp dinamic de încredere în sine că împrejurările exterioare și interioare sunt predictibile și că există o probabilitate crescută ca lucrurile să se rezolve în maniera în care s-a sperat" (Antonovsky 1979). Conceptul include trei componente (Antonovsky 1984) și este evaluat cu ajutorul unei scale de 29 de elemente:

- Caracterul comprehensibil se referă la gradul în care indivizii percep stimulii pe care îi primesc ca având un sens cognitiv.
- Flexibilitatea este măsura în care persoanele consideră că resursele pe care le au la dispoziție sunt capabile să îndeplinească solicitările date de stimuli. Există o oarecare similitudine cu conceptul auto-eficienței elaborat de Bandura, care a fost descris anterior. Atunci când persoanele posedă un grad înalt de flexibilitate, au sentimentul că prin propriile resurse sau prin ale altor persoane îndreptățite vor fi capabili să facă față situației.
- Capacitatea de înțelegere este echivalentul emoțional al comprehensibilității. Persoanele care au un grad înalt de înțelegere consideră că viața are sens din punct de vedere afectiv.

Scanned with OKEN Scanner

4.3.18. Teoria spiralei tăcerii

O serie de teorii pot îndruma dezvoltarea programelor destinate schimbării elementelor de conjunctură ale unei comunități, pentru a putea influența normele subiective și intențiile membrilor acesteia. Un exemplu este reprezentat de teoria spiralei tăcerii (Noelle-Neumann 1974, 1977). Teoria accentuează importanța canalelor de comunicare dominante care au o asemenea influență încât publicul percepe că o anumită pozitie este susținută de majoritatea unei comunități. Atunci când o poziție particulară este percepută ca o poziție majoritară, este foarte putin probabil ca cei ce se opun să-și exprime împotrivirea, pentru că se tem de izolare socială.

Pe de alta parte, este mult mai probabil ca cei ce sunt în favoarea situației respective să-și exprime parerea și să o susțină având drept consecință o spiralizare peste totalul comunicării care favorizează poziția respectivă, care în final devine o normă a comunității.

4.3.19. Modelul promovării sănătății

Modelul promovării sănătății este un plan sistematizat destinat îndrumării cercetărilor pentru promovarea comportamentului sanogen. Avand originea în teoria socială a cunoașterii, modelul sugerează că probabilitatea adoptării unui comportament pentru menținerea sănătății este asociată cu anumiti factori perceptiv – cognitivi (cum ar fi percepția importanței sănătății și a controlului asupra acesteia), demografici, biologici, interpersonali, de situație și factori comportamentali ce pot să influențeze predispoziția pentru atitudinile de promovare a sănătății. Acest model este un plan

sistematizat destinat îndrumării cercetărilor pentru promovarea comportamentului sanogen.

Modelul nu adaugă concepte sau dimensiuni noi privitoare la anticiparea comportamentului sanogen. S-a sugerat, totuși, că acest model este relevant mai ales pentru persoanele cu invaliditați, deoarece din punctul de vedere al autorului teoriei, sănătatea și boala sunt concepte diferite calitativ: „starea de sănătate reprezintă actualizarea potențialului uman înnăscut și dobândit prin comportamente adecvate, auto-îngrijire și relații corespunzatoare cu cei din jur atâta timp cât se menține integritatea structurală și armonia cu mediul înconjurător". În această definiție, absența bolii sau eliminarea ei nu este o premisă obligatorie pentru starea de sănătate.

4.3.20. Modelul utilitar al comportamentului preventiv

Modelul utilitar al comportamentului preventiv a fost prezentat de Cohen în 1984. El considera că toate comportamentele preventive sunt expresia folosirii unor elemente care influențează riscul de boală. Principalul factor motivant în adoptarea unui comportament preventiv este anxietatea asociată pericolului, mai degrabă decât pericolul în sine. Anxietatea ia naștere din conștientizarea existenței pericolului și, în majoritatea cazurilor, orice diminuare a riscului percepută de individ va avea ca rezultat reducerea anxietății. Modelul sugerează că atitudinile de prevenire pot fi materializate prin folosirea acelor metode (calitățile personale necesare) care influențează riscul de îmbolnăvire. Beneficiile „metodelor" care diminueaza riscul sunt date de suma dintre

Scanned with OKEN Scanner

rezultatele utilizării acestor calități (dacă există) și reducerea anxietății datorate scăderii riscului.

Autorul păstreaza trei elemente ale modelului credinței în sănătate: dimensiunea pericolului, care include și percepția asupra probabilității de producere și asupra severității, eficacitatea acțiunii preventive în reducerea pericolului și barierele (obstacolele) ce pot împiedica acțiunea. Avantajul major al acestei abordări este acela că explică utilizarea tuturor metodelor, fie că sunt preventive, riscante sau neutre.

4.3.21. Modelul transteoretic și stadiile schimbării

Modelul transteoretic utilizează stadii ale schimbării pentru a reuni procese și principii ale schimbării din marea majoritate a teoriilor, de aici și numele de transteoretic. Acest model a luat naștere dintr-o analiză comparativă a principalelor teorii ale psihoterapiei și schimbării comportamentului.

S-a căutat o integrare sistematică într-un domeniu ce cuprindea peste trei mii de teorii de psihoterapie. Analiza comparativa a identificat numai zece procese ale schimbării printre aceste teorii, cum ar fi caracterul conștient al dezvoltării din tradiția freudiană, contingența managementului din tradiția skinneriana și relațiile de într-ajutorare din tradiția rogeriană.

Într-o analiză empirică a celor ce se lasă de fumat prin propria voință comparativ cu fumatorii care beneficiază de tratamente profesionale, s-a stabilit frecvența cu care fiecare grup folosește fiecare din cele zece procese. Participantii la acest studiu au afirmat că au folosit procese diferite la momente diferite în lupta lor cu fumatul. Acești subiecți naivi descriau un fenomen care nu a fost inclus în teoriile

Scanned with OKEN Scanner

terapeutice curente. Ei au dezvaluit că schimbarea comportamentului se desfasoară într-o serie de stadii.

De la studiile inițiale asupra fumatului, modelul stadial s-a extins rapid pentru a include investigații și aplicații într-o sferă vastă a comportamentelor pentru menținerea sănătății fizice și mentale. Aceste comportamente se concentrează pe abuzul de alcool și substanțe toxice, tulburări de anxietate și panică, delicvență, obezitate, diete bogate în grasimi, prevenirea infectării HIV, efectuarea periodică a mamografiilor, screening pentru cancer cervical, acceptarea regimurilor alimentare pe perioada efectuării anumitor tratamente, planificare familială, sarcină și fumatul, sedentarismul, expunerea excesivă la soare. De-a lungul timpului, aceste studii s-au extins, au fost validate, aplicate și s-au conturat elementele de baza ale Modelului Transteoretic.

Elemente de baza ale modelului. Elementul stadial este important, în parte pentru că reprezintă o dimensiune temporală. Modelul transteoretic vede schimbarea comportamentului ca pe un proces ce implică progresul de-a lungul unei serii de cinci stadii.

- Precontemplarea este stadiul în care persoanele nu au nici o intenție să acționeze în viitorul apropiat, stadiu care de obicei se întinde pe urmatoarele șase luni. Oamenii pot fi în acest stadiu datorită lipsei de informare sau informării insuficiente asupra consecințelor comportamentului lor, sau datorită faptului că au încercat să se schimbe de câteva ori și au devenit demoralizați datorită incapacității lor de a face acest lucru. Grupul celor neinformați, ca și cel al persoanelor insuficient informate, în egală măsură, tind să evite să

Scanned with OKEN Scanner

citească, să vorbească sau să se gândească la comportamentele cu risc crescut. Ei sunt caracterizați de obicei în alte teorii ca și clienți ce opun rezistență sau sunt nemotivați sau nepregătiți pentru terapie sau programe de promovare a sănătății. Adevarul este că programele tradiționale de promovare a sănătății nu erau pregatite pentru asemenea indivizi și nu erau motivate să corespundă nevoilor lor.

- Contemplarea este stadiul în care oamenii intenționează să se schimbe în urmatoarele șase luni. Ei conștientizează acum procesul schimbării, dar în același timp sunt conștienți într-un mod acut de consecințe. Această balanță între sacrificiile și beneficiile schimbării poate produce ambivalențe profunde, datorită cărora indivizii rămân blocați în acest stadiu pentru lungi perioade de timp. Acest fenomen este caracterizat de obicei drept contemplare cronică sau amânare a comportamentului. Aceste persoane sunt de asemenea nepregătite pentru programele orientate pe acțiune.
- Pregatirea este stadiul în care oamenii intenționează să se schimbe în viitorul imediat, de obicei în urmatoarea lună. Este caracteristic faptul că ei deja au acționat într-un mod semnificativ în ultimul an. Acești indivizi au un plan de acțiune cum ar fi urmarea unor cursuri de educație pentru sănătate, dialogul cu un consilier, purtarea unei discuții cu medicul de familie, cumpărarea unei cărți despre schimbarea comportamentului sau încrederea într-o auto-schimbare apropiată. Aceștia sunt genul de oameni care ar trebui recrutați pentru

Scanned with OKEN Scanner

asemenea programe orientate pe acțiune cum ar fi renuntarea la fumat, scăderea în greutate.

- Actiunea este stadiul în care oamenii și-au schimbat în mod specific și evident stilul de viață de-a lungul ultimilor șase luni. Deoarece luarea unei atitudini este vizibilă, schimbarea comportamentului a fost echivalată de multe ori cu acțiunea. Dar, în cadrul modelului transteoretic, acțiunea reprezintă doar unul din cele șase stadii. Nu toate modificările de comportament sunt considerate acțiune în acest model. Oamenii trebuie să aibă convingerea că acordul oamenilor de știință și al specialistilor este suficient pentru a reduce riscul de boală. Pentru renunțarea la fumat, de exemplu, numai abstinența totală contează. În supravegherea dietei, există consensul că nu mai mult de treizeci de procente și preferabil douazeci de procente din totalul caloriilor pot fi reprezentate de grăsimi.
- Menținerea este stadiul în care oamenii se străduiesc să prevină recăderea, dar ei nu aplică procesele schimbarii așa de frecvent ca cei ce se află în stadiul de acțiune. Ei sunt mai putin tentați să recidiveze și din ce în ce mai încrezători în capacitatea lor de a continua procesul schimbării. Se estimează că menținerea durează de la șase luni până la aproape cinci ani.
- Finalizarea este cel de-al șaselea stadiu care se aplică anumitor comportamente, în special celor împătimite. Este stadiul în care indivizii nu mai sunt tentați și sunt sută la sută eficienți. Indiferent dacă sunt deprimați, anxioși, plictisiți, singuri, furioși sau stresați, ei sunt siguri că nu se vor întoarce la vechile obiceiuri nesănătoase ca un mod de refulare. Este ca

Scanned with OKEN Scanner

și cum nu ar fi dobândit obiceiul respectiv de la început. Dintr-un studiu făcut la foști fumatori și alcoolici reiese că mai putin de douăzeci de procente din fieare grup întrunesc criteriile absolutei lipse a tentației și totalei auto–eficiențe. Finalizarea nu este potrivită anumitor comportamente, cum ar fi screening-ul pentru cancer și alimentația redusă în grasimi.

Procesele schimbării sunt reprezentate de activitățile evidente, ca și de cele mai putin evidente pe care le au oamenii pentru a progresa de-a lungul celor șase stadii. Procesele schimbării reprezintă importante puncte de reper pentru programele de intervenție, deoarece aceste procese sunt asemănătoare unor variabile independente pe care oamenii trebuie să le pună în aplicare pentru a progresa de la un stadiu la altul.

Conștientizarea situației implică sporirea gradului de cunoaștere în ceea ce privește procesele care sunt legate de o problemă particulară de comportament, consecințele și remediile acestora. Intervențiile care duc la creșterea înțelegerii includ feedback-ul, confruntările, interpretările, biblioterapia și campaniile media.

Întărirea emoțională produce inițial creșterea experiențelor emoționale, urmată de reducerea afectării dacă se acționează adecvat. Psihodrama, interpretarea de roluri, întristarea, declarațiile personale și campaniile media sunt exemple de tehnici care pot să influențeze persoanele din punct de vedere emoțional.

Auto–reevaluarea combină deopotrivă evaluările afective și cognitive ale propriei imagini cu și fără o anumită deprindere nesănătoasă, cum ar fi imaginea unui om sedentar comparativ cu imaginea total diferită a unei persoane active. Clarificarea valorilor,

Scanned with OKEN Scanner

deținerea unor modele sănătoase și folosirea imaginației sunt tehnici ce pot schimba rezultatele auto-evaluărilor.

Reevaluarea factorilor de mediu combină evaluările afective și cognitive despre modul în care prezența sau absența unei anumite deprinderi afectează mediul social al unei persoane, cum ar fi evaluarea efectului fumatului asupra celor din jur. De asemenea, poate să includă conștientizarea faptului că cineva poate servi drept exemplu pozitiv sau negativ pentru ceilalți. Sensibilizarea, filme documentare și intervențiile familiei pot duce la asemenea conștientizări.

Auto-eliberarea este reprezentată deopotrivă de convingerea că cineva se poate schimba și de angajarea și reangajarea de a acționa pentru respectiva convingere. Hotărârile luate pentru noul an, declarațiile făcute în public și alternativele multiple mai degrabă decât unice pot să intensifice ceea ce oamenii numesc puterea voinței.

Relațiile de ajutor combină îngrijirea, încrederea, sinceritatea și acceptarea, ca și sprijinul acordat pentru abordarea unui comportament sănătos. Realizarea unor noi relații, alianțe terapeutice, convorbirile cu consilieri și metoda prieteniei strânse pot fi sursele suportului social.

Condiționarea inversă presupune învățarea unor comportamente sănătoase ce pot substitui comportamentul problemă. Relaxarea, afirmarea, desensibilizarea, înlocuirea nicotinei și propriile expuneri pozitive sunt strategii pentru găsirea unor substituenți mai siguri.

Depășirea împrejurărilor neprevazute are anumite consecințe rezultate din urmarea unei direcții particulare. Cu toate că depășirea evenimentelor neprevăzute poate include și folosirea pedepselor, cei ce se schimbă prin proprie voință se bizuie mai degrabă pe recompense decât pe pedepse. Prin urmare, puterea voinței se accentuează,

Scanned with OKEN Scanner

deoarece una din filosofiile modelului stadial este lucrul în armonie cu metodele naturale de schimbare ale oamenilor. Trecerea prin evenimente neprevăzute, întăririle evidente și tainice și recunoașterea meritelor sunt proceduri pentru creșterea stabilității și a probabilității ca reacțiile favorabile în împrejurări neprevăzute se vor repeta.

Controlul stimulilor înlătură direcția de abordare a obiceiurilor nesănătoase și sugerează alternativele mai sănătoase. Evitarea, întărirea și grupurile pentru auto-sprijinire pot fi stimuli ce susțin schimbarea și reduc riscul de recădere.

Libertatea socială necesită o creștere a oportunităților sociale sau a alternativelor, mai ales pentru oameni care sunt relativ privați sau oprimați. Propaganda, procedurile de împuternicire și politicile adecvate pot produce sporirea oportunităților în rândul minorităților și a populației sarace. Aceste proceduri, cum ar fi crearea unor zone pentru fumat, servirea salatelor în sălile de mese din școli și ușurarea accesului la prezervative și alte mijloace de contraceptie pot fi de asemenea folosite pentru a facilita schimbarea oamenilor.

Balanța deciziei reflectă comparația relativă făcută de individ între avantajele și dezavantajele schimbării (argumentele pro și contra). La început, s-a ținut cont de modelul elaborat de Janis și Mann (1977) al luării deciziei, care include patru categorii de procese (câștiguri pentru propria persoană și pentru alții și auto-aprobarea și aprobarea din partea altora) și patru categorii de consecințe (costuri pentru sine și pentru alții și dezaprobări din partea propriei persoane ca și din partea celor din jur). Într-o lungă serie de studii care au încercat să creeze această structura cu opt factori, s-a ajuns la o structură mult mai simplă – doar avantajele și dezavantajele schimbării.

Scanned with OKEN Scanner

Analiza stadiilor schimbării prin prisma argumentelor pro și contra. Stadiul nu este o teorie, este o variabilă. De-a lungul anilor, cercetătorii de la universitatea Rhode Island au studiat stadiile schimbării la mai mult de douasprezece comportamente. În douăsprezece studii concentrate pe aceste comportamente sanogene diferite, argumentele pro erau superioare celor contra pentru persoanele în precontemplare. De asemenea, argumentele pro cresc între precontemplare și contemplare. Nu există diferențe sistematice în argumente contra între precontemplare și contemplare. Dar de la contemplare la actiune, în cadrul tuturor comportamentelor, argumentele contra schimbării erau mai scăzute în acțiune decât în contemplare.

Aceste constatări primare sugerează principii pentru a progresa de-a lungul stadiilor. Pentru a progresa de la precontemplare la contemplare, argumentele pro trebuie să crească. Pentru a progresa de la contemplare la acțiune, argumentele contra trebuie să scadă. Așadar pentru o persoana aflată în stadiul de precontemplare, practicienii trebuie să țintească argumentele pro și să le păstreze pe cele contra pentru cei aflați în stadiul de contemplare. Înainte ca un individ să treacă la acțiune, argumentele pro și contra trebuie să se schimbe, în așa fel încât cele pro să devină mai ridicate decât cele contra, ca un semn că persoana este bine pregatită pentru actiune.

Procesele schimbării în cadrul comportamentelor. O ipoteză a modelului transteoretic este că există un set comun de procese ale schimbării pe care oamenii le aplică într-o mare varietate de comportamente. În mod caracteristic, s-a găsit suport pentru setul standard format din cele zece procese printre comportamente cum ar fi fumatul, dieta, folosirea cocainei, folosirea prezervativelor,

Scanned with OKEN Scanner

efectuarea exercițiilor fizice, expunerea la soare. Dar structura proceselor în aceste studii nu a fost la fel de consistentă ca structura stadiilor. De asemenea, este foarte posibil ca oamenii să folosească mai puține procese ale schimbării pentru anumite comportamente. Pentru un comportament mai putin frecvent cum ar fi o mamografie anuală, de exemplu, sunt necesare mai puține procese pentru a progresa până la menținerea pe termen lung.

Relațiile între stadiile și procesele shimbării. Una din cele mai timpurii integrări empirice a fost descoperirea relațiilor sistematice între stadiul în care se află oamenii și procesele pe care le aplică. Această descoperire a permis integrarea unor procese care păreau incompatibile și în conflict. Integrarea sugerează că, în stadiile timpurii, oamenii aplică procesele cognitive, afective și evaluative pentru a progresa. În stadiile mai avansate, oamenii se bazează mai mult pe angajamente, condiționări, evenimente neprevăzute, controlul exercitat de cei din jur și sprijin pentru a reuși.

4.4. Modele de comportament sanogen individual

Individul reprezintă una din unitățile esențiale ale educației pentru sănătate și ale teoriei, cercetării și aplicării comportamentului sanogen. Aceasta nu înseamnă că individul este singura sau cea mai importantă unitate pentru inteventie. Dar toate celelalte unități, fie că sunt grupuri, organizații, comunități sau unități mai mari, sunt alcatuite din indivizi. Pentru a explica comportamentul uman și

Scanned with OKEN Scanner

pentru a-l influența, cei care sunt preocupați de comportamentul sanogen și de educația pentru sănătate trebuie să înțeleaga individul.

Un număr considerabil din profesioniștii în domeniul sănătății, incluzând medici, psihologi, cei ce se ocupă de educația pentru sănătate, asistente medicale își concentrează eforturile în vederea schimbării comportamentului indivizilor. Pentru a interveni efectiv și pentru a emite o judecată în cunoștință de cauză despre evaluarea succesului unor asemenea intervenții, profesioniștii trebuie să înteleagă rolul individului în comportamentul sanogen.

Teoria embrionara a lui Lewin (1935) a fost una dintre primele și cele mai cuprinzătoare teorii ale comportamentului uman și majoritatea teoriilor contemporane ale comportamentului sanogen au o datorie intelectuală majora față de Lewin. În perioada 1940 – 1950, cercetatorii au început să învețe mai mult despre felul în care indivizii iau decizii în legătură cu comportamentul sanogen și despre ce determină acest comportament. Rosenstock și Hochbaum, avantajați de pozitia lor în Serviciul de Sănătate Publică al Statelor Unite, au început munca de pionierat pentru a afla de ce indivizii participau în programele de monitorizare ale tuberculozei.

În ultimii douăzeci de ani, s-au facut progrese considerabile în întelegerea determinanților comportamentelor legate de sănătate și a metodelor de a stimula pozitiv schimbările de comportament. Teoriile anticipării rezultatelor (așteptării beneficiilor) ce includ deopotriva modelul credinței în sănătate și teoria acțiunii motivate s-au perfecționat în această perioadă.

Strecher și Rosenstock explică faptul că modelul credinței în sănătate este folosit pentru a înțelege de ce oamenii acceptă serviciile

Scanned with OKEN Scanner

de sănătate preventivă și motivele pentru care ei aderă sau nu la alte tipuri de sisteme de îngrijire a sănătății. Modelul credinței în sănătate a nascut literalmente sute de studii ale cercetării educației pentru sănătate și a generat conceptele de bază pentru multe din studiile de intervenție și cercetare în perioada următoare formulării acestui model. A fost folosit în domeniul sănătății în mod continuu, de la prevenirea la detectarea bolilor și a comportamentelor nesanogene. Este una din fundamentele teoretice cu cea mai largă aplicare în studiile cu privire la schimbarea comportamentului. Modelul credintei în sănătate prezintă interes și este folositor unei mari varietăți de profesioniști preocupați de schimbarea comportamentului. Medici, medici dentiști, asistente medicale, psihologi și cei implicați în educația pentru sănătate, au folosit modelul credintei în sănătate pentru proiectarea și evaluarea interventiilor de modificare a comportamentului.

Teoriile anticipării rezultatelor (ex. teoria acțiunii planificate) au avut o influență majoră asupra cercetărilor și practicării comportamentului sanogen și în educația pentru sănătate. S-a aratat modul în care modelul actiunii planificate a fost folosit pentru a îndruma desfășurarea programelor destinate convingerii femeilor să efectueze mamografii periodic, prin identificarea factorilor care influențează decizia femeilor de a accepta mamografia. Autorii au concluzionat că teoriile din această familie au constituit niște cadre excelente pentru identificarea determinanților comportamentului.

De asemenea, modelul transteoretic constituie una din teoriile care, într-un timp relativ scurt, a ajuns să fie folosită și acceptată pe scară largă de către cercetătorii și practicienii în domeniul educației și

Scanned with OKEN Scanner

comportamentului sanogen. Inițial, această teorie a fost considerată ca o teorie în curs de dezvoltare, dar a ajuns până la punctul în care acum este folosită ca o structură de bază în educația pentru sănătate, teoriile comportamentului sanogen, cercetările și practica din aceste domenii. Autorii consideră că, pentru a avea un impact public din ce în ce mai mare, este necesar ca practicienii să folosească strategii de acțiune ce influențează majoritatea oamenilor, mai curând decât să se bazeze pe strategii reactive, care în cele din urmă țintesc câțiva indivizi. Modelul transteoretic este util în special pentru îndrumarea dezvoltării intervențiilor preventive. S-a demonstrat felul în care acest model a fost folosit în intervențiile pentru anihilarea multiplilor factori de risc la adolescenții minori.

Diferite teorii sunt adecvate pentru dierite probleme și populații, unele fiind mai ușor de folosit și aplicat decât altele. Dar fiecare din ele contribuie major la înțelegerea comportamentului sanogen. Fiecare merită să fie citită, studiată și luată în considerație. Autori remarcabili au elaborat teorii și modele ce ar trebui să fie accesibile unor categorii largi de profesioniști în domeniul sănătății.

4.5. Modele multilaterale – metamodele

Metamodelele sunt rezultatul combinării mai multor teorii și modele. Cummings și colab. a prezentat o excelentă analiză a 14 modele empirice, fiecare având un obiectiv comun: să definească și să testeze un model predictiv al acțiunii pentru menținerea sănătății dintr-o perspectivă psiho-socială. Analiza sugerează că, deși

Scanned with OKEN Scanner

modelele cuprind un număr mare de variabile (109 variabile), sunt 6 seturi de factori comuni tuturor modelelor. Aceștia sunt:

1. accesul la serviciile de îngrijire a sănătății
2. evaluarea stării de sănătate / atitudinea față de propria sănătate
3. perceperea amenințării și simptomelor bolii
4. caracteristicile sistemului social
5. gradul de informare asupra bolii
6. caracteristici demografice

Un model complex a fost elaborat și de Kersell și Milsum (1985). Acesta cuprinde factori sociali, de anturaj, psihologici și fiziologici și ia în considerare structura socială, factori culturali, factori situaționali și psihici.

Kersell și Milsum au definit patru nivele în cadrul acestui model:

- condiții precedente exterioare – antecedente heredo-colaterale, procese ereditare / genetice și ambientul socio-cultural
- antecedente personale – procesul de integrare socială, evoluția stării de sănătate
- starea socio-psihologică – percepția de sine, percepția influențelor sociale, percepția stării de sănătate și percepția factorilor ambianți
- tipul comportamental – procesul de formare a intențiilor, deprinderilor și modul de comportament

Modelul de schimbare a comportamentului al lui Hunt și Martin reunește constatări empirice și speculații teoretice din mai multe discipline și sugerează că majoritatea modelelor folosite pornesc de la premisa că acțiunea se bazează pe rațiune. Marele său dezavantaj este incapacitatea de a explica faptul că, deși

Scanned with OKEN Scanner

comportamentul poate să fie favorabil menținerii stării de sănătate, nu este neaparat dus la bun sfârșit datorită implicațiilor.

Reunind fragmente din marea varietate de studii amintite, se pare schimbarea autoinițiată a comportamentului are loc de cele mai multe ori atunci când o anumită activitate, devenită obișnuință de multă vreme, este conștientizată ca fiind ieșită din comun sau problematică. Aceasta se întâmplă de obicei în asociere cu o schimbare a contextului în care este practicat comportamentul respectiv, de exemplu, un fumator care va locui cu un nefumator.

Hayes și Ross susțin această concluzie. Ei sugerează o distincție între tipurile de comportament, în funcție de persoană și de eforturile necesare pentru a adopta noul comportament. Ei subliniază că nu neapărat sănătatea este stimulentul pentru un comportament preventiv. Alți factori, cum ar fi înfățișarea exterioară, pot cântări mai mult decât preocuparea pentru sănătate pentru motivarea unui comportament de protectie.

Combinând anumite modele, s-a sugerat o formulă pentru „modelul dinamic al interacțiunii":

$$C = f (P * M)$$

unde: C = comportament,
f = funcție (activitate)
P = persoana
M = mediul înconjurător.

În domeniul sănătății orale, Holund și Faresjo au elaborat și au testat modele complexe privind conduita față de sănătatea oro-

Scanned with OKEN Scanner

dentară. Modelul lui Holund este o combinație a teoriei sociale a cunoașterii, modelul procesării informației, modelul grupului dinamic și interpretarea de roluri și le-a folosit pentru a testa comportamentul adolescenților legat de consumul de dulciuri. A observat că elementul cel mai important în prezicerea consumului de dulciuri este consumul anterior, care la rândul lui era determinat de normele grupului.

Programul de intervenție, bazat pe dinamica grupului și interpretarea de roluri, nu a avut impact asupra cunoașterii și convingerilor, în timp ce atitudinile și comportamentul s-au schimbat. Intervenția a inclus și o secvență de „învățare prin predare", în care grupul țintă, format din tineri de 14 ani, au vorbit unor copii de 10 ani. Holund a concluzionat că procesele care stau la baza consumului de dulciuri par să fie prea complexe pentru a putea fi explicate prin intermediul modelelor cognitive.

Modelul lui Faresjo conține:

- un cadru general – structura fizică (de exemplu fluorizarea) și structura socială (organizarea serviciilor de sănătate orală)
- componente individuale
  - materiale (economie, educație)
  - social/politice
  - mentale (cunoștințe, atitudini)
  - fizice (sex, vârstă)

Toti acești factori sunt legati de atitudinea individului față de starea de sănătate orală.

Există și alte câteva teorii și modele de comportament sanogen, dar mai putin cunoascute: teoria lipsei de preocupare pentru

Scanned with OKEN Scanner

propria persoană, teoria auto-reglării, modelul sănătății pozitive, modelul aderenței, teoria competenței sociale.

Modelele comportamentului sanogen prezentate aici diferă în anumite aspecte în perspectivele lor teoretice. Multe dintre ele conțin variabile și relații care nu au fost validate empiric. Unele dintre ele sunt relevante doar pentru tipuri specifice de comportament sanogen.

Indiferent ce model, teorie sau combinație a lor se preferă, este important să privim individul ca fiind înconjurat de o mulțime de factori inter-corelați care influențează comportamentul. Unii dintre aceștia sunt în rețeaua socială formală, alții în cea informală, în timp ce unii sunt parte din structura comunității ca întreg. De aceea, orice discuție despre atitudinea față de sănătate și despre comportamentul sanogen ar trebui analizată pe fundalul tendințelor din mediu care îl predispun pe individ la obiceiuri nesănătoase. Dincolo de alegerea individului există o serie de factori politici, economici, sociali și culturali care trebuie discutați.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

5. CONCLUZII

La baza relației pozitive dintre medic și pacient stă comunicarea, prin care stomatologul poate oferi asigurări, atenție și suport moral pacientului. Astfel, șansele ca acesta să colaboreze cu practicianul artei dentare în vederea obținerii unui rezultat terapeutic satisfăcător cresc. S-a observat că o bună comunicare cu pacientul crește frecvența vizitelor la stomatolog, diminuează anxietatea și crește competența pacientului.

În concluzie, medicii stomatologi trebuie să înțeleagă comportamentul uman pentru a-l modela, pentru a promova sănătatea orală și a desfășura o practică dentară de succes. De asemenea, medicii sunt datori să comunice și să își folosească cunoștințele în beneficiul pacientului. Abia în momentul în care fiecare om va fi educat și va acorda sănătății orale atenția cuvenita, vor fi putea fi observate efectele pe plan social, concretizate în starea de bine și într-o calitate crescută a vieții.

BIBLIOGRAFIE

1. Abric, J.C. [1999](2002). *Psihologia comunicării. Teorii și modele.* Iași: Polirom.

2. Amariei C., (1998). *Introducere în managementul stomatologic.* București: Ed. Viața Medicală Românească

3. Berger K.S., (1986). *The developing person through childhood and adolescence.* Second Edition. New York: Worth Publishers, Inc.

4. Bogdan-Tucicov A., Chelcea, S., Golu, M., Golu, P., Mamali C., Pânzaru, P. (1981). *Dicționar de psihologie socială.* București: Ed. Științifică și enciclopedică

5. Boncu S. (2002). *Psihologia influenței sociale.* Iași: Polirom.

6. Borțun D., (2003). *Semiotică. Limbaj și comunicare.* București: Ed. comunicare.ro

7. Cattell R.B. (1966). *The scientific analysis of personality.* Chicago: Aldine

8. Chapman H.R., Kirby-Turner N.C. (2000). „Frica de tratament dentar la copii". *Actualități stomatologice* (4) (p. 15).

Scanned with OKEN Scanner

20. Jung, C. G. (1997). *Tipuri psihologice.* București: Ed. Humanitas

21. Kapferer J.N. [1978](2002). *Căile persuasiunii. Modul de influențare a comportamentelor prin mass media și publicitate.* București: Comunicare.ro

22. Kent G., Croucher R. (1998). *Achieving Oral Health.* Butterworth-Heinemann Medical

23. Kleinknecht R.A., Bernstein D.A., The *Assesment of Dental Fear.* Behaviour Therapy. 1978, 9, 626-634

24. Lerner R.M., Kendall P.C., Miller D.T., Hultsch D.F., Jensen R.A., (1986). *Psychology,* New York: Macmillian Publishing Company

25. Linton R., (1968) *Fundamentul cultural al personalității.* București: Ed. Științifică

26. Lupu I., Zanc I., (1999) *Sociologie medicală, Teorie și aplicații.* Iași: Ed. Polirom

27. Macionis J.J. (1989). *Sociology, Second edition.* New Jersey: Prentice Hall

28. Maxim A., Bălan A., Păsăreanu M., Nica M., (1998). *Stomatologie comportamentală pediatrică.* Iași: Editura Contact International

29. Mucchielli, A. [2000](20020. *Arta de a influența. Analiza tehnicilor de manipulare.* Iași: Polirom.

30. Neculau, A. (coord.). [1995](1997). *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale. Ediția a doua.* Iași: Polirom.

Scanned with OKEN Scanner

41. Tran V. (2002) *Teoria comunicării.* București: Ed. comunicare.ro

42. Varlas. A.G., Popa A.I., *Curs de semiologie medicalaă pentru studenții și absolvenții facultătii de Stomatologie.* Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1996

43. White L.W. (1980). „Behavioristic technique or oral hygiene: an update". *American Journal of Orthodontics.* (77) (p. 568).

44. Winnicott, D. W. [1988](2004). *Natura umană.* București: Editura Trei.

Scanned with OKEN Scanner

Științele comportamentale în medicina dentară reprezintă demersul de a înțelege și explica comportamentul oamenilor în relație cu starea lor de sănătate orală (G. Humphris și M. S. Ling, 2000).

Științele comportamentale facilitează înțelegerea diferitelor teorii despre funcțiile psihice umane și despre relațiile interpersonale și sociale.

Ele examinează impactul pe care îl are comportamentul uman asupra sănătății și dezvoltă cunoștințele despre aspectele sociale ale practicii dentare.

De asemenea, urmăresc să dezvolte capacitatea de înțelegere a principiilor fundamentale și complexitatea interacțiunilor dintre medic și pacient și capacitatea de comunicare cu colegii/pacientul.

ISBN 973-87013-6-8
9 789738 701366

$ 19.90

Scanned with OKEN Scanner